



Dal “dare le cure” al “prendersi cura”

**Guida all’accesso ai servizi residenziali
per anziani e anziane**

Dal “dare le cure” al “prendersi cura”

Guida all’accesso ai servizi residenziali
per anziani e anziane

DIPARTIMENTO POLITICHE SOCIO-SANITARIE E AMBIENTALI

Studio realizzato da **Brigida Modesti**

Indice

Introduzione

Valeria De Bortoli - Segretaria Nazionale FNP

Parte prima

I servizi socio-sanitari per anziani e anziane del territorio

Progetto-obiettivo "Tutela della salute degli anziani/e" 1992: una sfida ancora aperta

I servizi residenziali per anziani/e e anziane autosufficienti - I servizi residenziali per anziani/e e anziane non-autosufficienti: alcuni chiarimenti

Evoluzione della normativa sulle Residenze per anziani/e

Progetto Obiettivo

Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n° 502

Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n: 229

D.P.R. 14/01/1997

L. 328/00

Parte seconda

le strutture residenziali per anziani e anziane – Definizioni

Classificazione dei Presidi Residenziali Socio-Sanitari

Istat Anno 2002

Centro di Pronto Accoglienza

Centro di Accoglienza Notturna

Comunità Familiare

Comunità Socio-Educativa per Minori

Comunità Socio-Riabilitativa

Comunità Alloggio

Istituto per Minori
Residenza Assistenziale per Anziani/e auto-sufficienti
Residenza Socio-sanitaria per anziani/e
Residenza Sanitaria Assistenziale
Centro di accoglienza per immigrati

Classificazione dei Presidi Residenziali Socio-Sanitari “Eurispes” - “Sportello Anziani”

Casa Protetta
Casa di Riposo
Residenze Assistenziali Flessibili (R.A.F.)
Residenze Assistenziali (R.A.)
Comunità Alloggio
Casa Albergo
Centro diurno
Centro Diurno Integrato
Appartamenti Polifunzionali
Centro anziani/e
Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

Parte terza

Requisiti

La Gestione delle Strutture
Il personale della struttura
Partecipazione delle associazioni di volontariato
La carta dei servizi
Partecipazione e controllo
Autorizzazione
Convenzione
Accreditamento
Appropriatezza delle prestazioni

Parte quarta

La Rete dei Servizi

Assistenza Domiciliare Integrata
Ospedale per Acuti e Ospedalizzazione Domiciliare
Dimissioni protette e continuità di cura
Cure Palliative
Hospice

Parte quinta

Parole chiave

Concetti di “residenza”, “ricovero”, “ospite”.
Concetto di Salute
La malattia negli anziani/e
Sanitarizzazione dei bisogni
Diritto alla salute e abbandono sanitario
Gerontologia e Geriatria
Malattia “cronica” e malattia “acuta”
Qualità della vita
Morbilità e comorbilità nell’anziano
Valutazione Multidimensionale (VMD)
Piano personalizzato di assistenza (PAI) - Responsabile del caso
Scale per la Valutazione Multidimensionale: alcuni esempi
Scala BINA
Scala RUG
Scala SVAMA
Scala S.OS.I.A.
DRG
Ruolo dell’Unità di Valutazione Geriatria (UVG)
Riabilitazione
Animazione
Terapia Occupazionale

Musicoterapica
Habitat
Caregiver
Demenza
Alzheimer
Morbo di Parkinson
Formazione in Geriatria
Educazione e formazione permanente

Parte sesta

La partecipazione ai costi: la retta

Progetto Mattoni – Definizione

Mattoni n° 12 Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali

appendice

*Scheda Riassuntiva per interventi vertenziali presso i servizi Residenziali per Anziani/e
Disabilità/Abbattimento barriere architettoniche/Congedi parentali: principali norme
nazionali
Le IPAB*

Introduzione

Valeria De Bortoli

Segretaria Nazionale FNP

Le persone non autonome, vivono una condizione di sofferenza causata dalla patologia o dalle pluripatologie (nel caso di anziani/e) e dalla condizione di dipendenza dalle cure prestate dai familiari o dagli operatori di strutture pubbliche o private che siano. A questo disagio, si aggiunge, per alcuni, quello derivante dall'abbandono del proprio domicilio e dal ricorso all'istituzionalizzazione, il più delle volte indotto dall'assenza dei servizi territoriali o dall'impossibilità della famiglia di prendersi cura del proprio congiunto, magari affetto da una patologia grave non curabile a domicilio.

L'attenzione per le condizioni di vita delle persone anziane istituzionalizzate, ha portato la Federazione - fin dagli anni ottanta - ad occuparsi di queste realtà. Si partì allora da due inchieste, cui seguì un libro-denuncia, in cui venivano raccontate, anche attraverso inequivocabili immagini, le insostenibili, poiché disumane, condizioni di vita degli anziani/e e delle anziane che risiedevano vi risiedevano.

Gli anni successivi, sono stati quelli in cui, anche grazie alle lotte sindacali, è maturata una grande riforma del welfare e delle norme necessarie alla sua realizzazione, si pensi solo per fare un esempio alla Legge n° 67/88 istitutiva delle Residenze Sanitarie Assistenziali o alla Legge Quadro sull'assistenza (L.328/2000), che realizza un sistema integrato di servizi sociali, o, infine la recente previsione in Finanziaria 2007 di un Fondo per la Non autosufficienza, seppur irrisoriamente finanziato.

Questo cambiamento, ha investito anche i servizi per gli anziani/e, compresa l'area della residenzialità, attraversata per un verso, da un processo di democratizzazione che doveva aprire le istituzioni al territorio (almeno sulla carta) e per un altro verso, dalla trasformazione di questi servizi, che un tempo accoglievano una popolazione relativamente giovane, ma che oggi invece, accolgono sempre più anziani/e e anziane non autonomi/e, che vengono istituzionalizzati/e in età sempre più avanzata.

Alcune di queste strutture, poche, rappresentano modelli di riferimento di buone prassi, quanto al rispetto di norme e standard qualitativi e organizzativi. Altre, invece, sfuggono a qualsiasi controllo perché illegali; altre ancora, pur se autorizzate, non sono sottoposte ai necessari controlli di routine e le persone che vi risiedono, spesso dipendono, per la verifica delle pessime condizioni presenti, dalle visite dei NAS che talvolta vi riscontrano condizioni di gravità tali da indurre le autorità alla chiusura della struttura.

Se questo accade, significa che anche noi non abbiamo prestato l'attenzione dovuta all'esistenza e alla conoscenza di tali realtà e alla vigilanza su di esse, svolgendo appieno il nostro ruolo negoziale.

La "Guida" che il Dipartimento Politiche Socio-sanitarie e ambientali ha predisposto, vuol essere uno strumento di lavoro che offre ai territori (soprattutto alle leghe, le più prossime a questi servizi), un valido e utile strumento di approfondimento di tutte quelle norme che regolano le strutture e ne definiscono i parametri qualitativi, organizzativi e professionali, nonché quelle relative ai costi del servizio, che per l'utente, si traducono nella retta.

Rafforzare la conoscenza delle materie sociali e giuridiche, anche attraverso l'elaborazione di un linguaggio comune, aiuta a ben predisporre le nostre piattaforme rivendicative e facilita il rapporto negoziale con gli Enti Gestori delle strutture e con le Istituzioni che devono, tra l'altro, effettuare i controlli.

Ciò che a noi sta a cuore è ben chiaro: sostenere il diritto della persona di rimanere a casa propria, ma nel frattempo vogliamo contribuire a rendere le strutture di accoglienza, più umane, adeguate alle esigenze di coloro che vi abitano, flessibili, aperte alla comunità e integrate pienamente nella rete territoriale dei servizi della quale devono far parte a pieno titolo.

Siamo concretamente consapevoli, che questa strada passa anche attraverso una diversa misura dei costi del servizio; ci riferiamo alle rette e alla loro equa determinazione e sostenibilità: a questo proposito va speso ancora molto impegno, sia da parte del Dipartimento, sia dai livelli territoriali.

Rimane fermo l'obiettivo di questa Federazione: fare in modo che le persone fragili, così come le loro famiglie, possano trovare nella FNP un sostegno valido e forte che le rappresenti e le tuteli!

Parte prima

I servizi socio-sanitari per anziani e anziane del territorio: la rete

Progetto-obiettivo

“Tutela della salute degli anziani/e” 1992: una sfida ancora aperta

È il Progetto più evoluto e organico di tutela degli anziani/e a partire dal quale hanno avuto origine le leggi successive e a cui continua ad ispirarsi la stessa disciplina medica: i suoi modelli di cura e i suoi strumenti del prendersi cura.

Con due "Risoluzioni" parlamentari approvate con identico testo, rispettivamente dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato e della Commissione Affari Sociali della Camera, il 30 gennaio 1992, diventa esecutivo il Progetto-obiettivo "Tutela della salute degli anziani/e 1991-1995".

Le Federazioni pensionati e delle pensionate SPI/CGIL, FNP/CISL, UILP/UIL, si sono battute fortemente per la sua realizzazione, partecipando attraverso il "Gruppo di lavoro anziani/e" all'elaborazione ed attuazione del progetto. Il POA segna una svolta decisiva: finalmente un progetto organico e moderno in linea con le indicazioni e i programmi di intervento socio-assistenziale dell'OMS a favore degli anziani/e, e in particolare degli anziani/e cronici e non autosufficienti, bisognosi di cure sanitarie. Di fatto il POA tende, anche in modo sostanziale a sanare l'incongruità esistente tra le varie leggi che a partire dal 1955 sancivano il diritto degli anziani/e cronici e non autosufficienti ad essere affidati al comparto sanitario e non agli Enti di ricovero del tutto sguarniti di personale e attrezzature sanitarie.

"Si definisce progetto-obiettivo un impegno operativo idoneo a fungere da polo di aggregazione di attività molteplici delle strutture sanitarie, integrate da servizi socio-assistenziali, al fine di perseguire la tutela socio-sanitaria dei soggetti destinatari del progetto".

I soggetti destinatari sono gli anziani/e non autosufficienti, parzialmente non autosufficienti, e infine quelli ad alto rischio di perdita dell'autosufficienza ovvero gli anziani/e ultrasessantacinquenni.

L'originalità dell'intervento terapeutico auspicato dal POA risiede essenzialmente su due aspetti:

- l'approccio globale al paziente anziano, quindi, le cure sanitarie non devono essere mai disgiunte dagli interventi socio assistenziali;
- la centralità della prevenzione e delle terapie di riabilitazione cognitivo-motorie e riattivanti, al posto delle classiche terapie farmacologiche e chirurgiche.

Riassumiamo brevemente i punti qualificanti del Progetto.

- fondare in via prioritaria l'**assistenza agli anziani/e sulla "Rete dei Servizi"**.
- istituire le **Unità di Valutazione Geriatrica** del territorio (UVG).
- importanza della “ **sperimentazione come metodo** da seguire per la realizzazione degli interventi”.
- **l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)**
- la **Spedalizzazione Domiciliare (SD)**.
- la realizzazione nel triennio 1991-1995 di una prima parte di **Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)**.
- Potenziamento e specializzazione delle **divisioni ospedaliere geriatriche**.
- Istituire **corsi di riqualificazione, di aggiornamento** e di revisione dei programmi nelle scuole di formazione per infermieri, fisioterapisti, molto carenti per quanto attiene alla didattica geriatrica.
- Individuare gli anziani/e a rischio di non autosufficienza.
- Interventi di **educazione sanitaria**.
- Garantire la cosiddetta "**continuità di cura**".:
- Coinvolgere il **Volontariato e il Terzo Settore**
- Avviare **processi culturali nuovi** in grado di modificare l'immagine stereotipata e penalizzante che la collettività assegna all'anziano.
- Istituire **Osservatori** permanenti esterni (composti da sezioni provinciali delle Organizzazioni Sindacali e dalle Associazioni di Volontariato) al Servizio Sanitario Nazionale, per valutare la qualità dell'assistenza.

Infine:

- 1) promuovere le necessarie iniziative e procedura di carattere legislativo perché siano estesi i servizi di Assistenza domiciliare integrata;
- 2) fornire assistenza economica o forme di aiuto domestico alle famiglie che accettino di mantenere in casa persone anziane;
- 3) attivare o potenziare i servizi di trasporto per consentire agli anziani/e non deambulanti di usufruire dei centri socio- sanitari;
- 4) promuovere adeguamenti domestici in modo che l'anziano possa trovare l'assistenza adeguata ai suoi bisogni;
- 5) attivare o potenziare servizi di telesorveglianza e di sostegno psicologico per anziani/e che vivono soli;
- 6) aiutare le famiglie che hanno anziani/e non autosufficienti, per evitare che siano istituzionalizzati;
- 7) inserire l'anziano in programmi domiciliari di assistenza geriatrica; ecc.

Con apposita linea di guida, per ciascuno degli interventi sopra specificati, vengono precisati gli "indicatori di valutazione del grado di sufficienza dell'anziano, gli elementi per la valutazione tra alternative assistenziali possibili, nonché gli indicatori di verifica della qualità, da adottare per il monitoraggio e la valutazione delle azioni intraprese".

I servizi residenziali per anziani/e autosufficienti - I servizi residenziali per anziani/e non-autosufficienti: alcuni chiarimenti

E' ormai un dato incontrovertibile che la non autosufficienza vada definita anche a partire dalle condizioni socio-economiche e relazionali della persona.

Nelle attuali Case di Riposo, convivono realtà eterogenee: gli anziani/e non più autosufficienti e con patologie tali che richiederebbero risposte sanitarie qualificate per lungo tempo; gli anziani/e completamente autonomi - si tratta di cittadini che superano in media i 70 anni di età, che in assenza di servizi territoriali o per ragioni di solitudine scelgono il servizio residenziale - a cui invece dovrebbe essere garantita una vita altamente socializzante e attiva, ricca di nuovi stimoli e interessi e soprattutto molto vicina all'ambiente di provenienza. Non ci dimentichiamo che all'interno di ciascuna RA (Residenze Assistenziali) vi è di fatto - anche se non riconosciuta - l'esigenza di una "residenza protetta", per le persone che invecchiando diventano non autosufficienti, Se si tiene conto della tipologia degli utenti accolti in queste strutture e del loro numero, che facilmente può anche superare i 30 anziani/e, essi possono essere del tutto assimilabili alle RSA ma, quando non ufficialmente riconosciute come tali, non è possibile esigere dagli Enti Locali o dalle ASL tutti i servizi socio-sanitari previsti per l'istituzione delle RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali) o Nuclei ad alta intensità. In questi casi il problema è l'abbandono sanitario in cui vengono consegnati gli anziani/e che terminano la loro vita nell'indifferenza generale.

Inoltre non va dimenticato che una RA rappresenta a tutti gli effetti il domicilio della persona, che l'art. 14 della Costituzione, riconosce come "diritto inviolabile".

Dal momento in cui l'anziano va in RA perché costretto o perché ciò rappresenta una sua libera scelta, la struttura, diventa giuridicamente e amministrativamente, non una semplice dimora, bensì la residenza, il domicilio della persona. Il che significa non solo che egli non può essere trasferito, ad esempio perché divenuto non autonomo (come ha sancito la Corte Costituzionale), ma che deve lì essere assistito e curato.

Evoluzione della normativa sulle Residenze per anziani/e

Dopo l'approvazione del **Progetto-obiettivo "Tutela della salute degli anziani/e"**, le strutture residenziali per anziani/e, sono state oggetto di successivi e importanti provvedimenti:

il D.L. n° 502/1992; D.L. n° 517/1993, D.P.R. 14 gennaio 1997; D.L. n. 229/1999; la L. 328/00 DPCM 14 febbraio 2001, D.L. n. 207/2001, , D.L. 21 maggio n° 308/2001- che hanno inciso sul funzionamento di questi servizi. ***ribadendo e confermando nella sostanza l'inquadramento fornito dal POA, cioè: le Residenze, comprese le ex-lpab, sono da considerarsi a tutti gli effetti, servizi socio-sanitari.*** Una Residenza per anziani/e dunque (la vecchia CdR, la Casa albergo e la Comunità alloggio), dalle coordinate nuove: più rispondente alle esigenze dei suoi abitanti e proiettata verso una struttura moderna di assistenza, che unifica piuttosto che dividere e frammentare la vita dei cittadini.

Le strutture Residenziali nel Progetto Obiettivo

Come si evince dal Progetto Obiettivo Anziani/e, tra i servizi socio-sanitari di base residenziali, figurano le strutture per anziani/e autosufficienti (case di riposo, case albergo, comunità alloggio), che entrano a far parte pienamente della "rete", e le strutture residenziali per non autosufficienti (Residenze sanitarie assistenziali).

I servizi della rete sono:

A) Servizi Socio-Sanitari di base:

- non residenziali:

- ambulatorio del medico di base
- servizi veri di prevenzione degli stati di invalidità
- segretariato e servizio sociale (aiuto sociale)
- assistenza domiciliare integrata

- semiresidenziali:

- centro servizi socio-assistenziali

- residenziali:

- strutture residenziali per anziani/e autosufficienti (Case di riposo, case albergo, comunità alloggio)

- strutture residenziali per anziani/e non autosufficienti (Residenze sanitarie assistenziali)

B) Servizi Socio-Sanitari di tipo specialistico:

- non residenziali:

- poliambulatorio: consulenza specialistica, diagnostica strumentale, fisioterapia riabilitativa
- spedalizzazione domiciliare

- semiresidenziali:

- ospedale diurno (centro per dementi, senili, centro dialisi ecc.)
- centro territoriale di riabilitazione

- residenziali:

- ospedale generale o specializzato
- * Unità Operativa di geriatria, di chirurgia geriatrica, per lungodegenti (queste ultime da sostituire in prospettiva con le residenze sanitarie assistenziali), di riabilitazione e unità di cura per malati terminali, eventualmente raggruppate a livello dipartimentale in una delle strutture ospedaliere di cui sopra.

Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502

"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"

3-septies. Integrazione socio-sanitaria.

1. Si definiscono prestazioni sociosanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

2. Le prestazioni sociosanitarie comprendono:

- a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite;
- b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.

(.....)

4. Le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani/e, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

5. Le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria sono assicurate dalle aziende sanitarie e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria (.....).

6. Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono di competenza dei Comuni. (...)La regione determina, sulla base dei criteri posti dall'Atto di Indirizzo e Coordinamento di cui al comma 3, il finanziamento per le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, sulla base di quote capitarie correlate ai livelli essenziali di assistenza (...).

Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229

"Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"

(...) Le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza sono garantite dal Servizio sanitario nazionale a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalita' previste dalla legislazione vigente.

Art.3-septies

(Integrazione sociosanitaria)

1. Si definiscono prestazioni sociosanitarie tutte le attivita' atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuita' tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

2. Le prestazioni sociosanitarie comprendono:

a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioe' le attivita' finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite;

b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioe' tutte le attivita' del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilita' o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.

(...)

4. Le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani/e, handicap, etc.

5. Le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono assicurate dalle aziende sanitarie e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, (...)

(...)

D.P.R. 14/01/1997

“Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”.

(...)

4. Classificazione delle strutture.

1. Le regioni classificano le strutture in relazione alla tipologia delle prestazioni contemplate dai livelli di assistenza

in:

a) strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti;

b) strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, (...)

c) strutture che erogano prestazioni in regime residenziale, a ciclo continuativo e/o diurno.

(...)

Requisiti minimi organizzativi generali

Il presente documento indica i requisiti minimi relativi ai seguenti aspetti organizzativi:

1. politica, obiettivi ed attività;

2. struttura organizzativa;

3. gestione delle risorse umane;

4. gestione delle risorse tecnologiche;

5. gestione, valutazione e miglioramento della qualità, linee guida e regolamenti interni;

6. sistema informativo; (...)

Legge 328/2000

"Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"

Scopo della legge quadro sull'assistenza, è quello di realizzare un sistema integrato di interventi e servizi sociali attraverso politiche sociali universalistiche. Il sistema integrato è da intendersi sia come coordinamento degli interventi assistenziali con quelli sanitari, sia come coinvolgimento del pubblico e del privato nella rete dei servizi. L'articolo 10 della 328, ha previsto il riordino delle Ipub che le obbliga a scegliere se restare soggetti pubblici (aziende di servizi) o persone giuridiche di diritto privato (onlus o fondazioni). Il loro inserimento nella programmazione regionale, rappresenta un passaggio strategico per la piena integrazione della rete dei servizi.

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 14 febbraio 2001

"Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie"

Art.2

Tipologia delle prestazioni

1. L'assistenza socio-sanitaria viene prestata alle persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali. Le regioni disciplinano le modalità ed i criteri di definizione dei progetti assistenziali personalizzati.
2. Le prestazioni socio-sanitarie di cui all'art. 3-septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche e integrazioni sono definite tenendo conto dei seguenti criteri: la natura del bisogno, la complessità e l'intensità dell'intervento assistenziale, nonché la sua durata.
3. Ai fini della determinazione della natura del bisogno si tiene conto degli aspetti inerenti a:
 - a) funzioni psicofisiche;
 - b) natura delle attività del soggetto e relative limitazioni;
 - c) modalità di partecipazione alla vita sociale;
 - d) fattori di contesto ambientale e familiare che incidono nella risposta al bisogno e nel suo superamento.
4. L'intensità assistenziale è stabilita in base a fasi temporali che caratterizzano il progetto personalizzato, così definite:
 - a) la fase intensiva, caratterizzata da un impegno riabilitativo specialistico di tipo diagnostico e terapeutico, di elevata complessità e di durata breve e definita, con

modalità operative residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari;

b) la fase estensiva, caratterizzata da una minore intensità terapeutica, tale comunque da richiedere una presa in carico specifica, a fronte di un programma assistenziale di medio o prolungato periodo definito;

c) la fase di lungoassistenza, finalizzata a mantenere l'autonomia funzionale possibile e a rallentare il suo deterioramento, nonché a favorire la partecipazione alla vita sociale, anche attraverso percorsi educativi.

5. La complessità dell'intervento e' determinata con riferimento alla composizione dei fattori produttivi impiegati (professionali e di altra natura), e alla loro articolazione nel progetto personalizzato.

Art.3

Definizioni

1. Sono da considerare prestazioni sanitarie a rilevanza sociale le prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite, contribuendo, tenuto conto delle componenti ambientali, alla partecipazione alla vita sociale e alla espressione personale. Dette prestazioni, di competenza delle aziende unita' sanitarie locali ed a carico delle stesse, sono inserite in progetti personalizzati di durata medio/lunga e sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali.

2. Sono da considerare prestazioni sociali a rilevanza sanitaria tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilita' o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Tali attività, di competenza dei comuni, sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai comuni stessi e si esplicano attraverso:

a) gli interventi di sostegno e promozione a favore dell'infanzia, dell'adolescenza e delle responsabilità familiari;

b) gli interventi per contrastare la povertà nei riguardi dei cittadini impossibilitati a produrre reddito per limitazioni personali o sociali;

c) gli interventi di sostegno e di aiuto domestico familiare finalizzati a favorire l'autonomia e la permanenza nel proprio domicilio di persone non autosufficienti;

d) gli interventi di ospitalità alberghiera presso strutture residenziali e semiresidenziali di adulti e anziani/e con limitazione dell'autonomia, non assistibili a domicilio;

e) gli interventi, anche di natura economica, atti a favorire l'inserimento sociale di soggetti affetti da disabilita' o patologia psicofisica e da dipendenza, fatto salvo quanto previsto

dalla normativa vigente in materia di diritto al lavoro dei disabili;

f) ogni altro intervento qualificato quale prestazione sociale a rilevanza sanitaria ed inserito tra i livelli essenziali di assistenza secondo la legislazione vigente.

Dette prestazioni, inserite in progetti personalizzati di durata non limitata, sono erogate nelle fasi estensive e di lungoassistenza.

3. Sono da considerare prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria (...) tutte le prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, le quali attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani/e, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da H.I.V. e patologie terminali, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative. Tali prestazioni sono quelle, in particolare, attribuite alla fase post-acuta caratterizzate dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza. Dette prestazioni a elevata integrazione sanitaria sono erogate dalle aziende sanitarie e sono a carico del fondo sanitario. Esse possono essere erogate in regime ambulatoriale domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali e sono in particolare riferite alla copertura degli aspetti del bisogno socio-sanitario inerenti le funzioni psicofisiche e la limitazione delle attività del soggetto, nelle fasi estensive e di lungoassistenza.

Art.4

Principi di programmazione e di organizzazione delle attività

1. La regione nell'ambito della programmazione degli interventi socio-sanitari determina gli obiettivi, le funzioni, i criteri di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie, ivi compresi i criteri di finanziamento, tenendo conto di quanto espresso nella tabella.

(...)

- 3.** Per favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni socio-sanitarie necessarie a soddisfare le necessità assistenziali dei soggetti destinatari, l'erogazione delle prestazioni e dei servizi è organizzata di norma attraverso la valutazione multidisciplinare del bisogno, la definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato e la valutazione periodica dei risultati ottenuti.

Art.5

- 2.** La regione definisce i criteri per la definizione della partecipazione alla spesa degli

utenti in rapporto ai singoli interventi, fatto salvo quanto previsto per le prestazioni sanitarie dal decreto legislativo n. 124 del 1998 e per quelle sociali dal decreto legislativo n. 109 del 1998 e successive modifiche e integrazioni.

DECRETO DEL MINISTRO PER LA SOLIDARIETA' SOCIALE 21 maggio 2001, n. 308

"Requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, a norma dell'articolo 11 della legge 8 novembre 2000, n. 328".

(...)

Art.2.- Strutture e servizi soggetti ai requisiti minimi per l'autorizzazione

1. I requisiti minimi per l'autorizzazione al funzionamento di cui alla legge n. 328 del 2000 riguardano le strutture e i servizi già operanti e quelli di nuova istituzione, gestiti dai soggetti pubblici o dai soggetti di cui all'articolo 1, commi 4 e 5 della legge n. 328 del 2000 che, indipendentemente dalla denominazione dichiarata, sono rivolti a:

1. minori per interventi socio-assistenziali ed educativi integrativi o sostitutivi della famiglia;
2. disabili per interventi socio-assistenziali o socio-sanitari finalizzati al mantenimento e al recupero dei livelli di autonomia della persona e al sostegno della famiglia;
3. anziani/e per interventi socio-assistenziali o socio-sanitari, finalizzati al mantenimento e al recupero delle residue capacità di autonomia della persona e al sostegno della famiglia;
4. persone affette da AIDS che necessitano di assistenza continua, e risultano prive del necessario supporto familiare, o per le quali la permanenza nel nucleo familiare sia temporaneamente o definitivamente impossibile o contrastante con il progetto individuale;
5. persone con problematiche psico-sociali che necessitano di assistenza continua e risultano prive del necessario supporto familiare, o per le quali la permanenza nel nucleo familiare sia temporaneamente o definitivamente impossibile o contrastante con il progetto individuale.

(...)

(...)

Art.5.- Requisiti comuni delle strutture a ciclo diurno e residenziale

1. Fermo restando il possesso dei requisiti previsti dalle norme vigenti in materia urbanistica, edilizia, prevenzione incendi, igiene e sicurezza e l'applicazione dei contratti

di lavoro e dei relativi accordi integrativi, le strutture devono possedere i seguenti requisiti minimi ai sensi dell'articolo 9, comma 1, lettera c), della legge n. 328 del 2000:

1. ubicazione in luoghi abitati facilmente raggiungibili con l'uso di mezzi pubblici, comunque tale da permettere la partecipazione degli utenti alla vita sociale del territorio e facilitare le visite agli ospiti delle strutture;
2. dotazione di spazi destinati ad attività collettive e di socializzazione distinti dagli spazi destinati alle camere da letto, organizzati in modo da garantire l'autonomia individuale, la fruibilità e la privacy;
3. presenza di figure professionali sociali e sanitarie qualificate, in relazione alle caratteristiche ed ai bisogni dell'utenza ospitata, così come disciplinato dalla regione;
4. presenza di un coordinatore responsabile della struttura;
5. adozione di un registro degli ospiti e predisposizione per gli stessi di un piano individualizzato di assistenza e, per i minori, di un progetto educativo individuale; il piano individualizzato ed il progetto educativo individuale devono indicare in particolare: gli obiettivi da raggiungere, i contenuti e le modalità dell'intervento, il piano delle verifiche;
6. organizzazione delle attività nel rispetto dei normali ritmi di vita degli ospiti;
7. adozione, da parte del soggetto gestore, di una Carta dei servizi sociali secondo quanto previsto dall'articolo 13 della legge n. 328 del 2000, comprendente la pubblicizzazione delle tariffe praticate con indicazione delle prestazioni ricomprese.

Art.6.- Requisiti comuni ai servizi

1. Ferma restando l'applicazione dei contratti di lavoro e dei relativi accordi integrativi, il soggetto erogatore di servizi alla persona di cui alla legge n. 328 del 2000 deve garantire il rispetto delle seguenti condizioni organizzative, che costituiscono requisiti minimi ai sensi dell'articolo 9, comma 1, lettera c), della medesima legge:

1. presenza di figure professionali qualificate in relazione alla tipologia di servizio erogato, secondo standard definiti dalle regioni;
2. presenza di un coordinatore responsabile del servizio;
3. adozione, da parte del soggetto erogatore, di una Carta dei servizi sociali secondo quanto previsto dall'articolo 13 della legge n. 328 del 2000 comprendente la pubblicizzazione delle tariffe praticate con indicazione delle prestazioni ricomprese;
4. adozione di un registro degli utenti del servizio con l'indicazione dei piani individualizzati di assistenza.

Art. 7.- requisiti specifici delle strutture

1. Ai fini della individuazione dei requisiti minimi delle strutture si considerano:

1. strutture a carattere comunitario;
2. strutture a prevalente accoglienza alberghiera;
3. strutture protette;
4. strutture a ciclo diurno.

Le strutture a carattere comunitario sono caratterizzate da bassa intensità assistenziale, bassa e media complessità organizzativa, destinate ad accogliere utenza con limitata autonomia personale, priva del necessario supporto familiare o per la quale la permanenza nel nucleo familiare sia temporaneamente o definitivamente contrastante con il piano individualizzato di assistenza.

3. Le strutture a prevalente accoglienza alberghiera sono caratterizzate da bassa intensità assistenziale, media e alta complessità organizzativa in relazione al numero di persone ospitate, destinate ad accogliere anziani/e autosufficienti o parzialmente non autosufficienti.

4. Le strutture protette sono caratterizzate da media intensità assistenziale, media e alta complessità organizzativa, destinate ad accogliere utenza non autosufficiente.

5. Le strutture a ciclo diurno sono caratterizzate da diverso grado di intensità assistenziale in relazione ai bisogni dell'utenza ospitata e possono trovare collocazione all'interno o in collegamento con una delle tipologie di strutture di cui ai commi precedenti.

Parte seconda

Le strutture residenziali per anziani e anziane - Definizioni

Avendo verificato nella normativa regionale, una disomogeneità di definizione e organizzazione delle strutture residenziali per anziani/e (vedi schede allegate per ogni singola regione), abbiamo preso in prestito le definizioni generali che ci forniscono dapprima l'Istat, poi l'Eurispes e lo Sportello Informanziani/e (*sito specializzato sugli anziani/e, rivolto ai professionisti del settore, del Consorzio Cooperativo "Anziani/e e non solo"*), che mettono bene in evidenza quanto queste realtà siano ancora soggette ad una visione riduttiva e anacronistica dell'assistenza all'anziano.

Le ambiguità nella definizione del servizio e nella sua organizzazione: una tra tutte il fatto che la stessa struttura (sia essa CdR, Residenza assistita, Casa Alloggio, etc.), sia definita come servizio assistenziale, ma al tempo stesso, accolga anziani/e anche non autosufficienti, sono la spia di un servizio spesso non adeguato, che non rispetta il concetto di integrazione socio-sanitaria declamata, come abbiamo visto, in tutte le norme e da cui ogni intervento, complesso, rivolto agli anziani/e non può prescindere.

Anche la carenza di personale in genere, e di personale specializzato in particolare, è un aspetto negativo di parte delle strutture residenziali per anziani/e. Le stesse RSA, che sulla carta dovevano rappresentare il servizio innovativo, per eccellenza, nella realtà, talvolta non sono altro che contenitori del vecchio.

Per questi motivi, la FNP ritiene che tali strutture debbano tutte considerarsi socio-sanitarie, così come la normativa nazionale prevede.

In sintesi:

le **strutture a carattere comunitario di medie e grandi dimensioni**, devono prevedere all'interno "nuclei a bassa - media - alta intensità assistenziale" dove possono essere prese in carico le persone divenute con gli anni non più autonome o che soffrono di particolari patologie, quali l'Alzheimer, il morbo di Parkinson, etc. In alternativa, si può prevedere la realizzazione di una RSA o di un nucleo in ogni struttura. Entrambe - Nuclei ed RSA - devono essere aperte anche agli anziani/e esterni che possono fruire di trattamenti semiresidenziali ed ambulatoriali di natura sanitario-riabilitativi, socio-sanitari e socio-assistenziali.

le comunità di tipo familiare: le comunità alloggio, i gruppi appartamento, appartenendo alla "rete dei servizi socio-sanitari" del territorio, possono usufruire

di tutte le prestazioni geriatriche ivi presenti, compresi quelli di tipo domiciliare: l'ADI, la riabilitazione, l'ospedalizzazione a domicilio, etc.

CLASSIFICAZIONE STATISTICA DEI PRESIDI RESIDENZIALI SOCIO-ASSISTENZIALI

(ISTAT- ANNO 2002)

Per assistenza residenziale si intende ospitalità, con pernottamento, a persone in stato di bisogno. I destinatari dell'assistenza possono essere minori bisognosi di tutela e assistenza, persone adulte portatrici di handicap fisici, psichici o sensoriali, stranieri o cittadini italiani momentaneamente sprovvisti dei mezzi di sussistenza ed in situazioni contingenti di difficoltà, disagio o abbandono, **anziani/e autosufficienti o non autosufficienti**. Oltre al soddisfacimento del bisogno di alloggio, le prestazioni erogate possono variare in relazione alle necessità degli assistiti: vitto, tutela, assistenza alla persona, prestazioni sanitarie, servizi di istruzione o di formazione professionale, attività sociali e ricreative, ecc.

Centro di pronta accoglienza:

presidio residenziale dedicato esclusivamente alle situazioni di emergenza. Ha lo scopo di garantire soluzioni immediate, anche se temporanee, ai bisogni urgenti di alloggio, vitto e tutela derivanti dal verificarsi di circostanze impreviste. La permanenza degli utenti nel presidio deve limitarsi al periodo necessario al reperimento di una collocazione più idonea alle loro esigenze e non dovrebbe superare, di norma, i 30/40 giorni.

Non rientrano in questa categoria i presidi residenziali dotati di una riserva di posti per la pronta accoglienza.

Centro di accoglienza notturna:

presidio residenziale dedicato al ricovero notturno e occasionale di persone con grave disagio economico, familiare e sociale.

Tali centri sono aperti in orari serali prestabiliti e prevedono che ogni accoglienza sia limitata ad una sola notte, eventualmente con possibilità di rinnovo. Al mattino, nell'orario fissato per la chiusura, gli ospiti sono tenuti a lasciare il presidio e a portare con sé i propri oggetti.

Comunità familiare:

presidio residenziale che accoglie soggetti con limitata autonomia personale, per i quali si ritenga opportuno sperimentare modelli di vita comunitaria e ricevere prestazioni assistenziali da parte di personale specializzato. La convivenza fra gli utenti e gli operatori è organizzata secondo il modello relazionale della famiglia ed è localizzata, solitamente, in un appartamento. Un esempio sono le comunità familiari per minori (o case famiglia), che si caratterizzano per la convivenza continuativa e stabile di un piccolo gruppo di minori con due o più adulti, i quali assumono le funzioni genitoriali.

Comunità socio-educativa per minori:

presidio residenziale a carattere educativo, rivolto prevalentemente a preadolescenti e adolescenti sprovvisti di figure parentali idonee a seguirli nel processo formativo. L'assistenza è fornita da educatori professionali che esercitano in quel contesto la loro specifica professione in forma di attività lavorativa. Ogni educatore esercita la propria funzione su un piccolo gruppo di ospiti (generalmente inferiore a ,12) ed è tenuto a rispettare dei turni lavorativi che garantiscano la presenza costante di almeno un adulto per ogni gruppo di minori.

Comunità socio riabilitativa:

presidio residenziale che accoglie individui con problemi sociali di varia natura: anziani/e con limitata autosufficienza, portatori di handicap fisici, psichici o sensoriali, tossicodipendenti, alcolisti, dimessi dal carcere e altre persone in difficoltà. Questo tipo di comunità si caratterizza per l'adozione di progetti specifici di riabilitazione e di recupero delle capacità personali. I progetti sono attuati con l'ausilio di operatori specializzati e sono finalizzati, se è possibile, al reinserimento dei soggetti nella società.

Comunità alloggio:

presidio residenziale a carattere familiare, finalizzato ad accogliere un piccolo gruppo di persone con insufficiente autonomia economica e prive di validi riferimenti familiari, ma in grado di gestire autonomamente la propria vita comunitaria. Le attività disponibili per gli utenti sono prevalentemente ricreative, quindi poco adatte ai bisogni di utenti non autosufficienti. Non essendo prevista la presenza di personale specializzato, la convivenza è basata sulla solidarietà reciproca e si avvale dei servizi socio-assistenziali territoriali, compresi quelli di assistenza domiciliare. Le comunità alloggio possono essere composte da più unità abitative (ad esempio appartamenti situati all'interno di uno stesso edificio). Rientrano in questa categoria gli "alloggi protetti", ovvero appartamenti destinati a persone completamente, autosufficienti, le quali usufruiscono unicamente di agevolazioni economiche nell'accesso alle abitazioni

Istituto per minori:

presidio residenziale socio-educativo, in grado di accogliere un alto numero di minori. Le prestazioni fornite sono prevalentemente educative, "ricreative e di assistenza tutelare.

Residenza assistenziale per anziani/e auto-sufficienti:

presidio residenziale destinato ad anziani/e prevalentemente autosufficienti. Gli ospiti beneficiano di prestazioni assistenziali, ricevono assistenza alberghiera completa e sono stimolati a prendere parte ad attività ricreative e culturali.

Residenza socio sanitario per anziani/e:

presidio residenziale destinato ad anziani/e prevalentemente non autosufficienti, dotato di personale medico e infermieristico specializzato. Le prestazioni offerte sono ad alta integrazione sociale e sanitaria e perseguono l'obiettivo di ottenere il massimo recupero possibile delle capacità psico-motorie degli utenti.

Residenza Sanitaria Assistenziale

(R.S.A.): presidio residenziale accreditato come R.S.A., destinato ad anziani/e non autosufficienti o a persone disabili, che necessitano di un supporto assistenziale - specifico e di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative. L'assistenza fornita prevede un livello medio di assistenza sanitaria, integrato da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera.

Centro di accoglienza per Immigrati: (....)

CASA PROTETTA

Definizione:

E' una struttura destinata ad un numero ristretto (non più di 25-30) di anziani/e non autosufficienti, che non sono assistibili nel proprio ambito familiare volta ad assicurare trattamenti socio-sanitari compresa la riabilitazione, a persone anziane non autosufficienti Prevede una permanenza anche per lunghi periodi., sono appoggiate ai servizi territoriali.

Caratteristiche:

La struttura consiste in alloggi o unità abitative contigue destinate ad una o più persone, collocate in un ambito territoriale comune. Tali alloggi dispongono di servizi igienici, arredi e strutture utilizzabili dagli ospiti e devono essere realizzati nel rispetto di principi volti ad assicurare la tutela dell'ambiente e l'ottimizzazione degli spazi. La struttura, inoltre, dispone di uno spazio collettivo e di un servizio di portineria destinato al controllo e alla sorveglianza degli utenti.

Modalità di accesso:

I requisiti e le modalità di accesso alla struttura pubblica variano a seconda del Comune di residenza. Il costo del servizio fornito dalla struttura pubblica viene stabilito dal Comune di appartenenza e varia a seconda della Regione. La procedura di ammissione alla struttura privata dipende dal regolamento specifico della casa protetta e dal numero di posti letto disponibili. I tempi di accesso alle strutture sono diversificati sul territorio in base alla domanda e alla caratteristica dell'offerta.

Servizi: La Casa Protetta assicura una serie di servizi, come:

¹ *Rapporto Eurispes s ulla Terza Età in Italia, Roma 1993.*
Sportello Informa Anziani/e, Consorzio Cooperativo "Anziani/e e non solo", Napoli 2006,
www.sportelloinformanziani/e.it.

- assistenza tutelare diurna;
- assistenza notturna;
- assistenza medico-infermieristica diurna;
- assistenza riabilitativa;
- assistenza di guardia medica al bisogno;
- assistenza sociale;
- assistenza alberghiera fornitura pasti;
- assistenza lavanderia guardaroba;
- assistenza pulizia e riordino camere;
- assistenza pulizia generale e riordino spazi comuni.

Inoltre è garantito lo svolgimento di attività di socializzazione, ricreative e culturali ed il soddisfacimento delle esigenze spirituali.

Il Personale: Nella Casa Protetta è assicurato oltre al personale socio-assistenziale e quello relativo ai servizi alberghieri, l'educatore-animatore, il medico, l'infermiere, il fisioterapista.

CASA DI RIPOSO

Definizione

CASA DI RIPOSO o Residenza Assistita: struttura residenziale gestita da enti pubblici o privati, adibita ad accogliere anziani/e senza grossolane limitazioni della mobilità o delle capacità di self-care e che, invece, per problematiche sociali, ad esempio che non possono essere assistiti dalle famiglie e che non possono vivere da soli, necessitano di assistenza alberghiera, ricreativa e di vigilanza infermieristica modesta".

Possono accedere alle strutture pubbliche o accreditate i cittadini che non sono in grado di ricorrere ad altre forme di assistenza e con un reddito inferiore al livello minimo stabilito dal Comune.

Modalità di accesso

I requisiti e le modalità di accesso alla struttura pubblica o accreditata variano a seconda del Comune di residenza. Il costo del servizio pubblico varia a seconda delle Regioni e del Comune di appartenenza della struttura. Le modalità di ammissione nelle strutture private (molto numerose, di diverse dimensioni e dotate di svariati confort) dipendono dal numero di posti letto disponibili e dal regolamento specifico. Il costo del servizio privato è assai vario e dipende dalla tipologia delle prestazioni erogate

Servizi

La struttura offre diversi servizi, quali: assistenza alberghiera; assistenza socio-sanitaria; assistenza infermieristica diurna e notturna; assistenza medica di base e specialistica; assistenza sociale; attività riabilitative; attività ricreative, culturali ed occupazionali.

Organizzazione

Le Case di Riposo sono dotate generalmente di camere pluriletto, con servizi igienici inclusi. Inoltre, dispongono di ampie aree per la socializzazione e lo svolgimento di attività ricreative e del tempo libero, di ambulatori ed aree di servizio: amministrativi, cucina, lavanderia e guardaroba.

Il Personale

E' assicurata la presenza continuativa del personale preposto ai servizi tutelari; la partecipazione sporadica di figure specialistiche come lo psicologo, il fisiatra, il geriatra; la presenza periodica del barbiere, del parrucchiere, del podologo

RESIDENZE ASSISTENZIALI FLESSIBILI (R.A.F.)

sono strutture socio-assistenziali di "ospitalità permanente" che hanno l'obiettivo di fornire accoglienza, prestazioni assistenziali e di recupero a persone in condizioni psico-fisiche di parziale autosufficienza o di non autosufficienza per cause sopravvenute durante il ricovero, a meno che, esigenze di carattere sanitario accertate non richiedano il ricorso a soluzioni diverse. Si fa ricorso alle R.A.F. quando non è possibile attivare un programma di Assistenza domiciliare integrata (A.D.I.) e quando non sono necessarie cure e prestazioni sanitarie tipiche delle Residenze sanitarie assistenziali (R.SA-). Le R.A.F. forniscono prestazioni sanitarie analoghe a quelle erogabili attraverso l'A.D.I. I presidi o reparti R.A.F. possono avere una capienza variabile tra i 10 e i 60 posti letto e sono attivi nell'arco delle 24 ore, per l'intera settimana o per tutto l'anno. Inoltre, le R.A.F. garantiscono il dignitoso soddisfacimento dei bisogni primari e assistenziali dei residenti.

RESIDENZE ASSISTENZIALI (R.A.)

sono strutture collettive che forniscono alle persone adulte e anziane, autosufficienti o parzialmente autosufficienti, prestazioni di tipo alberghiero, specifici servizi a carattere assistenziale, prestazioni di tipo culturale e ricreativo, oltre a prestazioni che mirino al recupero o al miglioramento dell'autosufficienza della persona. Le R.A. hanno una capacità ricettiva variabile tra i 10 e i 60-80 posti-letto e funzionano in maniera permanente nell'arco delle 24 ore, per l'intera settimana e per tutto l'anno. Gli interventi riguardano l'assistenza diretta della persona (igiene personale, pasti, pulizia ordinaria degli ambienti), la protezione della persona (controllo e sorveglianza) e altre funzioni di natura assistenziale, finalizzate a seguire l'evoluzione delle condizioni dell'ospite, i rapporti con la famiglia e con l'esterno.

COMUNITÀ ALLOGGIO

Definizione

Comunità alloggio o residenze assistenziali: destinate ad anziani/e autosufficienti che ne gestiscono la vita comunitaria. Sono collegate ai servizi territoriali di base, sono destinate ad un numero ristretto di anziani/e (da un minimo di sei ad un massimo di dieci persone), e sono comunità a carattere familiare inserite in complessi urbani o in aree espressamente residenziali.

Caratteristiche

In genere, le Comunità tendono ad avere le caratteristiche di un normale appartamento e cercano di ricreare, per quanto possibile, una condizione ambientale affine a quella familiare e sociale. Sono dotate di una sala da pranzo o soggiorno abbastanza ampio per consentire lo svolgimento di più attività e la socializzazione degli ospiti, di camere da letto con non più di due letti e di servizi comuni attrezzati in base al numero degli ospiti.

Modalità di accesso

La procedura di ammissione nella struttura privata dipende dal regolamento specifico della comunità alloggio e dal numero di posti letto disponibili. Il costo del servizio viene stabilito dall'Amministrazione della struttura e varia in funzione delle prestazioni erogate. Le comunità alloggio possono essere strutture pubbliche o strutture private. La scelta tra struttura pubblica e privata dipende da una serie di fattori, quali: le condizioni economiche dell'utente; la qualità dei servizi prestati; la mancanza di una lista d'attesa; il posizionamento della struttura che dovrebbe essere collegata con l'abitazione familiare e raggiungibile con i mezzi di trasporto pubblici. La struttura pubblica può essere gestita direttamente dalle ASL o da soggetti privati accreditati con le stesse. In questo caso i requisiti e le modalità di accesso alla struttura pubblica variano a seconda del Comune di appartenenza. Il costo del servizio fornito dalla struttura pubblica viene stabilito dal Comune di appartenenza e varia a seconda della Regione.

Servizi

Il personale educativo e/o assistenziale presente all'interno della struttura svolge funzioni diversificate, a seconda del ruolo che riveste e della tipologia di persone in essa ospitate: ad esempio preparazione del vitto, iniziative educative, attività socializzanti, inserimento sociale, cura della persona e dei locali, etc. Per l'assistenza sanitaria e per gli interventi

specialistici, la struttura fa riferimento ai servizi territoriali. La struttura deve operare al fine di consentire la maturazione psicologica, relazionale, sociale della persona, in vista, eventualmente, del suo reinserimento in famiglia, o in altro ambiente idoneo. Ogni comunità alloggio è dotata di un apposito regolamento volto a determinare tipologia di utenti, modalità di ammissione, finalità, rapporti con la famiglia, organizzazione della vita all'interno della struttura.

CASA ALBERGO

Definizione

CASA ALBERGO: destinate ad accogliere in via temporanea o definitiva, anziani/e autosufficienti, coppie di coniugi, persone sole non anziane, sono provviste di servizi autonomi e centralizzati e sono ubicate di norma in zone urbane collegate ai servizi territoriali di base.

La casa albergo può essere una struttura pubblica o privata.

Caratteristiche

Tali strutture sono generalmente ubicate in zone già urbanizzate al fine di evitare ogni forma di isolamento sociale. Sono costituite da complessi di appartamenti o alloggi dotati di servizi autonomi e predisposti per fornire accoglienza a coppie di coniugi o singole persone. La casa albergo dispone di vaste aree di servizio, quali segreteria ed uffici amministrativi, cucina, lavanderia e guardaroba; di ampi spazi quali sale da pranzo e soggiorni per la socializzazione degli ospiti e lo svolgimento di attività occupazionali, culturali e ricreative

Come si accede

La scelta tra struttura pubblica o privata dipende da una serie di fattori, quali: le condizioni economiche e sociali della persona; la qualità dei servizi erogati; la mancanza di una lista di attesa; il dislocamento della struttura che dovrebbe essere collegata con la dimora familiare e facilmente raggiungibile con i mezzi di trasporto pubblici; etc.

I requisiti e le modalità **di accesso** alla struttura **pubblica** variano a seconda del **Comune di** residenza. Il costo del servizio viene stabilito dalla circoscrizione o dal Comune di appartenenza della struttura pubblica e varia nelle diverse Regioni. Le modalità di ammissione alla struttura privata dipendono dal numero dei posti letto

disponibili. Il costo del servizio privato varia a seconda della tipologia di prestazioni fornite

Servizi

Ogni struttura dovrebbe garantire una serie di servizi quali:

- assistenza sanitaria comprendente l'assistenza medica di base e le prestazioni infermieristiche;
- assistenza riabilitativa;
- assistenza sociale consistente nell'accoglienza degli ospiti nella cura dei rapporti tra gli assistiti e delle relazioni con le proprie famiglie;
- assistenza domiciliare e tutelare in tutte quelle attività che hanno ad oggetto la cura della persona;
- assistenza spirituale dell'utente (se richiesta);
- attività ricreative e del tempo libero per mantenere vivi gli interessi degli anziani/e.

CENTRI DIURNI

Centri Sociali di tipo aperto, rivolti in prevalenza agli anziani/e in discrete condizioni di autonomia personale, sviluppano attività di natura ricreativa, culturale e socializzante, favorendo il massimo grado partecipazione degli utenti all'organizzazione ed alla gestione delle attività. Possono erogare alcuni servizi di natura socio-assistenziale (pasto, bagno) ed essere sede di servizi sanitari ambulatoriali attivati dal Distretto. Attraverso un sistema di trasporto assistito possono accogliere anziani/e con scarsa autonomia, consentendo loro la continuità delle relazioni sociali.

CENTRI DIURNI INTEGRATI

Rappresentano un servizio semi-residenziale, rivolto a anziani/e non autosufficienti o ad alto rischio di perdita dell'autonomia, portatori di bisogni non facilmente gestibili a domicilio ma non ancora di entità tale da richiedere il ricovero a tempo pieno in RSA. Grazie alla presenza di personale qualificato garantiscono, in regime diurno, quella

molteplicità di prestazioni socio-assistenziali e sanitarie normalmente rogate in RSA (assistenza nelle attività di base della vita quotidiana, prestazioni infermieristiche, riabilitative e mediche; attività occupazionali, ecc.). Oltre a promuovere l'autonomia degli anziani/e, per favorirne la permanenza a domicilio, offrono un sostegno e un sollievo alle famiglie che assistono persone non autosufficienti. Gli oneri del servizio sono in parte assunta dal fondo sanitario regionale.

APPARTAMENTI POLIFUNZIONALI

Per anziani/e inabili o autosufficienti ed altri cittadini soggetti a rischio di istituzionalizzazione (minori normali o handicappati); tali strutture collocate nel contesto di più ampi complessi residenziali tendono a favorire l'autonomia del nucleo abitativo attraverso l'integrazione tra ospiti autosufficienti e non autosufficienti e attraverso l'appoggio di servizi territoriali.

CENTRO ANZIANI/E

Di norma si intendono centri culturali polivalenti, rivolti a tutta la cittadinanza, con funzioni di aggregazione e di relazione, dotati di bar, biblioteche, sale conferenze e impianti sportivi, talvolta sono gestiti da associazioni di volontariato

LE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI (RSA)

Hanno come presupposti normativi la Legge 67/88, il D.M. 321/89, il DPCM 22.12.89, la Legge 8 novembre 2000, n° 328.

Definizione

Con il termine RSA si intende una struttura per anziani/e non assistibili a domicilio e che richiedono trattamento continuo (art. 1), finalizzata a fornire accogliimento, prestazioni sanitarie, assistenziali e di recupero a persone anziane prevalentemente non

autosufficienti. Pertanto la RSA deve intendersi come un presidio sanitario in grado di erogare interventi di tipo globale, curativo, assistenziale e riabilitativo.

Tipologia degli utenti

I pazienti utenti della RSA sono soggetti con una grave o totale limitazione della motilità e/o con grave o totale incapacità ad aver cura della propria persona e/o delle funzioni fisiologiche.

Si tratta in genere di anziani/e di età superiore ai 75 anni (80% dei residenti), prevalentemente di sesso femminile (70%), con un nucleo familiare assente o disgregato (70% vedovi e 30% che vivono da soli prima di essere accettati).

Le patologie più frequenti riscontrate sono le malattie cardiovascolari (45%), l'incontinenza urinaria (40%), la demenza (15%), le fratture (10%), il cancro (8%).

Nell'80% dei casi si riscontrano gravi deficit di motilità, con un 20% di completamente allettati; il 65% è a rischio di incidenti; inoltre nel 40% è presente uno stato ansioso-depressivo: nel 28% esiste un deficit di comunicazione; nel 25% si osservano stati di malnutrizione.

Con una simile stratificazione della tipologia degli utenti, nella RSA si assicura un consistente ricambio, in quanto i primi due tipi di assistiti debbono avere una degenza media non superiore ai 3 mesi.

Criteri di ammissione

Dalla valutazione multidimensionale, effettuata dall'UVG dell'Ospedale o del Territorio, devono emergere come fattori determinanti la scelta per l'accoglienza in RSA:

- a) la valutazione delle capacità residue a provvedere autonomamente alla cura della propria persona e a svolgere le principali attività della vita quotidiana;
- b) la consistenza del supporto formale (ADI) e informale (famiglia e volontariato), in relazione alla possibilità, o meno, di evadere la richiesta assistenziale a domicilio.

Per valutare le condizioni psico-fisiche dell'anziano, l'U.V.G. si avvale di scale di autonomia

Obiettivi assistenziali

L'anziano prevalentemente non autosufficiente che proviene dalla propria casa o dall'ospedale dopo una fase acuta e/o di riacutizzazione di malattia, ha diritto di accedere ad un'assistenza continuativa presso la RSA, se le sue condizioni di salute psico-fisica

sono tali da non richiedere interventi erogabili solo dall'ospedale per acuti.

Questi contenuti determinano gli obiettivi dell'assistenza da erogare nella RSA che così riassumiamo:

- a) riabilitazione globale (più spesso neuro-motoria, cognitiva, occupazionale ed urologica), per ottenere il massimo di recupero funzionale, senza rinunciare in partenza alla possibilità di consentire, grazie ai miglioramenti ottenuti, il ritorno del paziente alla propria abitazione;
- b) riabilitazione di mantenimento, al fine di impedire, per quanto è possibile, il peggioramento in quei casi in cui non vi è neppure un minimo margine di recupero funzionale;
- c) riattivazione psico-sociale, con lo scopo di impedire con ogni mezzo l'emarginazione e l'isolamento dei ricoverati, favorendo la comunicazione interpersonale anche di quegli ospiti che presentano una chiara compromissione della sfera cognitiva;
- d) prevenzione della sindrome da immobilizzazione (piaghe da decubito, episodi infettivi, deterioramento della sfera cognitiva, peggioramento dei deficit motori, ecc.) tramite un piano globale di assistenza per i completamenti non autosufficienti e stabilmente allettati.

Deve essere assicurata ai malati terminali l'adeguata assistenza psicologica, il sostegno morale e l'assistenza spirituale per un'accompagnamento dignitoso all'evento "morte", ivi compresa l'elaborazione del "lutto" da parte del nucleo familiare.

Organizzazione delle RSA

L'organizzazione interna della struttura deve salvaguardare il più possibile la qualità di vita dell'anziano. I criteri sono:

- a) nella RSA devono essere rispettati al massimo i ritmi normali della quotidianità sì da impedire la depersonalizzazione degli anziani/e. Ampi margini di scelta, dunque, per quanto riguarda l'orario dei pasti, per le attività creative, di socializzazione e di svago. La RSA non è un ospedale dove tutto è scandito in modo fisso e uguale per tutti. Per queste ragioni il Ministero della Sanità ha previsto che i posti letto in RSA non devono essere superiori a 120 e che il servizio deve essere strutturato secondo nuclei di 20, ciascuno autosufficiente per quel che riguarda gli spazi di socializzazione;

- b) la RSA deve risolvere primariamente i problemi di assistenza, quelli cioè conseguenti all'indebolimento o alla perdita di autonomia della persona e quelli dovuti all'allontanamento dal proprio ambiente e dai legami familiari;
- c) il metodo di lavoro da realizzare all'interno della RSA è di tipo interdisciplinare fatto, cioè di un interscambio e una collaborazione continua tra i vari professionisti (medici, infermieri, terapisti della riabilitazione, operatori di assistenza, assistenti sociali, psicologi), non tutti impiegati a tempo pieno nell'organico della struttura.

E' unanimemente accertato dall'OMS e da tutto il mondo occidentale, che la maggiore responsabilità dell'assistenza nelle strutture extraospedaliere per anziani/e non autosufficienti va attribuita all'infermiere professionale. Al geriatra spetta unicamente il compito di coordinamento dei programmi e di supervisione del lavoro.

Un intervento efficace - continuo e globale - è realizzabile dunque, solo se preceduto dalla diagnosi assistenziale dell'infermiere professionale, unitamente ai vari programmi di riabilitazione, di riattivazione e di prevenzione della sindrome da immobilizzazione.

Organici Assistenziali

Come indicato dal Ministero della Sanità (Piano Sanitario Nazionale), nelle RSA l'assistenza medica deve essere garantita dalla medicina di primo livello come per il resto della popolazione.

Il coordinamento degli operatori (programmazione degli interventi e controllo dei risultati), spetta all'èquipe geriatrica, composta come abbiamo visto, da professionisti della sanità e del settore psico-sociale, essendo gli interventi erogabili nella RSA di tipo sociale e sanitario integrato.

Il medico di medicina generale, il geriatra, lo psicologo, l'assistente sociale, ecc., non fanno parte dell'organico interno della RSA ma sono specialisti della USL o come nel caso del geriatra, fanno parte della unità ospedaliera di geriatria (Decreto 13.9.1988).

L'organico stabile della RSA è invece così composto: infermiere, addetto all'assistenza, terapeuta della riabilitazione cognitivo-motoria, terapeuta occupazionale (in via sperimentale).

Standard dimensionali per ciascun residente

Il criterio n. 11 del Dpcm 22.12.1989, fissa diversi criteri da rispettare :

- le dimensioni ottimali per le residenze socio-sanitarie (criterio 8) sono fissate mediamente in 60 posti, con l'articolazione in nuclei di 20 posti. Si richiama la necessità di utilizzare i Servizi Sociali e sanitari di distretto. In zone urbane, di alta densità abitativa la capacità delle residenze può essere accresciuta fino ad un massimo di 120 posti, per i quali deve però essere richiesta specifica deroga, mentre rimane invariata l'organizzazione per nuclei di 20 posti.
- (criterio n.10) La struttura deve essere ubicata all'interno di località urbanizzate o ben collegate con i centri urbani, per evitare l'isolamento dalla comunità.
- (criterio n. 2) Fruibilità degli spazi per consentire un utilizzo della struttura in senso attivo di "casa" e non passivo di "ricovero", quindi abolizione delle barriere architettoniche e facilità di circolazione anche per i non deambulanti. La concezione dello spazio deve essere tale da incoraggiare il maggior livello di autonomia fisica possibile.
- (criterio n. 3) L'introduzione di concezioni architettoniche e di soluzioni progettuali che favoriscano il grado di socialità: senso di identità e di appartenenza degli anziani/e. Queste soluzioni devono comprendere e garantire piccoli spazi privati e personalizzati in grado di ricostruire l'ambiente familiare di provenienza unitamente a spazi comuni.
- (criterio n. 6) Standards dimensionali per ciò che concerne gli Spazi/aree oltre a quelli riservati per gli ambulatori, per le attività motorie (palestre), occupazionali, di riabilitazione, di animazione e svago.
- (criterio n. 5) L'area residenziale può essere articolata in camere e/o alloggi dotati di zona letto, piano cottura, spazio di soggiorno e pranzo. Si raccomanda la dotazione di servizi igienici per ciascuna camera, ivi compresi servizi attrezzati per disabili, come previsto dalla legge 384/78.
- Il criterio 5 ribadisce anche l'importanza per l'anziano di poter personalizzare la propria camera consentendo l'inserimento di arredi personali.
- (criterio n. 7) Sicurezza, riservatezza e tecnologie innovative: i progetti devono porre particolare attenzione alla convenienza tra esigenze assistenziali e la prevenzione degli infortuni, anche attraverso l'uso di tecnologie segnaletiche e sistemi di allarme, impiego di materiali ignifughi, la disponibilità di uscite di emergenza, etc.
- E' infine raccomandata la caratterizzazione degli ambienti e la loro facile

riconoscibilità (con l'utilizzo di colori, simboli, indicazioni), i percorsi devono essere facilitati da iscrizioni colorate e simboli. La presenza dell'ambiente naturale e di verde attrezzato sono ritenute entrambe risorse preziose da valutare.

Organici assistenziali: profili professionali e standards numerici

1. Prima il Progetto-Obiettivo Anziani/e, successivamente il Ministero della Sanità nello SCHEMA DI LINEE GUIDA PER LE R.S.A. - 31.5.1991, hanno stabilito i seguenti standard assistenziali minimi di personale:

- n. 1 medico geriatra;
- n. 1 medico di medicina generale;
- Infermieri: n. 1 ogni 7 anziani/e (prevedendo 1 infermiere per turno ogni piano), più n. 1 infermiere con mansioni direttive (Capo-Sala);
- Addetto all'assistenza: n. 1 ogni 4 anziani/e;
- Terapista della riabilitazione: n. 1 ogni 20 anziani/e;
- Terapista occupazionale: n. 1 ogni 10 anziani/e (in via sperimentale).

Va previsto inoltre personale, non a tempo pieno, per attività specialistiche (es.: Psicologo), di assistenza sociale, almeno una unità di personale amministrativo, personale per le pulizie ed i servizi generali, che può variare in termini numerici in base alla organizzazione della R.S.A. (completamente autonoma, funzionalmente legata ai servizi distrettuali, al servizio ospedaliero, etc.). Da considerare anche l'appalto esterno di servizi per lavanderia, cucina e pulizie.

2. Nel Documento "Strumenti e modalità dei controlli sulla qualità dei servizi e delle prestazioni agli anziani/e" del "Gruppo di Lavoro Ministero della Sanità, Regioni, Sindacati dei Pensionati" del POA, si stabilisce quanto segue:

"Il rapporto complessivo operatore/residente deve essere di almeno 0,5 a 1, programmando standard per infermieri, terapisti della riabilitazione e personale medico e di assistenza, in relazione alla tipologia dei residenti, con presenze fisse di animatori e terapisti della riabilitazione cognitiva e motoria (logopedisti, fisiokinesiterapisti, ergoterapisti, ecc.)".

3. Sempre nel POA, nella parte riguardante l'Assistenza domiciliare Integrata (ADI), che come sappiamo consta di entrambe le componenti sanitarie e socio-assistenziali (quindi con tutte le figure previste per le RSA), vengono fissati i seguenti standard assistenziali minimi per assistito in media annuali che il servizio ADI deve assicurare:

- 140 ore di assistenza domiciliare di tipo socio-assistenziale (aiuto domestico, pulizie personali, altre forme di assistenza);
- 100 ore di assistenza infermieristica;
- 50 ore di assistenza riabilitativa;
- 50 accessi del medico di medicina generale;
- 8 consulenze medico specialistiche o di altri operatori (Es.: Psicologo);
- altri servizi, secondo il bisogno (assistenza religiosa, podologo).

In termini di personale, gli standard da prendere a riferimento per il servizio ADI sono:

- n. 1 assistente domiciliare ogni 10 anziani/e assistiti;
- n. 1 infermiere professionale ogni 14 anziani/e assistiti;
- n. 1 terapeuta della riabilitazione ogni 50 anziani/e assistiti;
- il fabbisogno delle altre figure, essendo utilizzate anche per altri servizi, è da determinare secondo parametri di carattere generale.

4. Infine, nel paragrafo n. 7 del POA riguardante "Gli interventi da compiere", viene ribadita la necessità di: "Inserire l'anziano in programmi domiciliari di assistenza geriatrica con fornitura di servizi sostitutivi di quelli erogati nelle RSA", quando un anziano non autosufficiente è trattenuto in famiglia in luogo di essere istituzionalizzato, pur possedendo i requisiti per l'accoglimento in RSA" (punto 2). "Adottare sistemi nazionali uniformi per la valutazione del grado di autosufficienza degli anziani/e sull'assistenza agli stessi, nonché altri modelli di analisi dei bisogni e delle risposte opportune di tipo socio-assistenziali" (punto 8).

Parte terza

Requisiti delle residenze per anziani e anziane**

** la redazione delle voci di questa Terza parte, fino alla voce “Partecipazione e controllo” compresa sono a cura di Luigi Colombini*

La gestione delle strutture

Essere sottoposti al processo di autorizzazione e di accreditamento, rappresenta per ogni struttura, la condizione per poter esercitare l'attività assistenziale.

Pertanto le strutture possono essere gestite da:

- Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona (D. lgs. 207/01);
- Enti locali;
- Istituzioni di Enti locali;
- Aziende Unità Sanitarie Locali;
- Fondazioni private non profit - ONLUS;
- Enti privati profit.

Il personale della struttura

Il personale, nelle strutture residenziali, costituisce l'elemento determinante per la migliore qualificazione dell'attività assistenziale. Pertanto deve essere prevista la presenza di un professionista in possesso di adeguati titoli ed esperienza con funzioni di coordinamento, responsabile dei programmi, delle attività e dell'organizzazione del servizio. Inoltre, per il personale deve essere prevista l'applicazione dei contratti di lavoro e dei relativi accordi integrativi. Il personale impegnato nelle strutture deve essere in possesso, in funzione delle attività svolte, di qualifiche professionali corrispondenti, e quindi possesso di una delle qualifiche professionali, il cui profilo preveda funzioni di assistenza e di cura nell'ambito dei servizi residenziali e semiresidenziali rivolti ad anziani/e.

Deve essere altresì prevista la partecipazione del personale e dei volontari ad esperienze periodiche di formazione e di aggiornamento.

Partecipazione delle associazioni di volontariato

Ai sensi della Legge 266/91 le associazioni di volontariato possono esercitare azioni di affiancamento e di collaborazione per lo svolgimento di attività di socializzazione, animazione e di promozione di rapporti di interrelazione con e per l'ospite, al fine di umanizzare gli interventi e le prestazioni erogate all'interno delle strutture residenziali.

La collaborazione deve essere disciplinata con la sottoscrizione di apposite convenzioni ed in aderenza a quanto specificatamente previsto dalle norme regolamentari interne.

La carta dei servizi

Secondo quanto disposto dal decreto n. 308/01, al fine di garantire i diritti di informazione, controllo e partecipazione degli utenti, ciascun ente gestore deve adottare la carta dei servizi recante:

- i criteri e le modalità di accesso al servizio
- le modalità di funzionamento del servizio e di apertura della struttura,
- le regole di comportamento dei fruitori;
- le prestazioni e i servizi forniti agli utenti;
- i diritti degli ospiti e le relative forme di tutela e di garanzia;
- il progetto assistenziale generale, le finalità, gli obiettivi e le scelte metodologiche
- l'organigramma del personale
- i criteri deontologici cui gli operatori debbono attenersi
- le tariffe praticate;
- le coperture assicurative;
- i rapporti con la comunità locale e i servizi territoriali;
- le forme di integrazione con la rete dei servizi sociali del territorio su cui insiste la struttura e del territorio di provenienza dell'utente, che garantiscano la realizzazione dei piani individuali integrati.

La Carta dei servizi è fornita in copia agli ospiti ed eventualmente alle loro famiglie, ed è esposta al pubblico in maniera visibile.

I piani individuali di assistenza, allo scopo di garantire le finalità generali dei servizi di cui al presente regolamento, prevedendo l'integrazione con altri servizi, interventi, prestazioni, di cui l'utente può utilmente fruire da parte di altri soggetti della rete territoriale, e sono elaborati in raccordo con i servizi

Partecipazione e controllo

Nelle residenze sanitarie assistenziali, anche in relazione a quanto è già disposto dalle norme regionali, deve essere previsto il Comitato di partecipazione, composto dai rappresentanti degli ospiti, delle loro famiglie, delle associazioni di volontariato che operano all'interno della struttura e delle OO.SS., maggiormente rappresentative, dei pensionati.

Autorizzazione

Sistema, attraverso il quale l'Ente Pubblico autorizza dal punto di vista amministrativo l'apertura e il funzionamento di un servizio.

Accreditamento²

“L'accREDITAMENTO è un processo formale tramite il quale un ente autorizzato valuta un'organizzazione, un programma, un gruppo o un individuo e ne riconosce l'aderenza a requisiti espressi come standard o criteri”. Una struttura organizzativa che possiede particolari caratteristiche – che risponde, cioè, a dei prerequisiti – può chiedere che le venga formalmente riconosciuta, da uno specifico organismo, l'effettiva adesione a standard predefiniti correlati alla qualità dell'assistenza.

L'accREDITAMENTO istituzionale

In Italia il termine accREDITAMENTO è introdotto, in ambito normativo, dal D.lgs. 517 del 1993 per indicare il criterio su cui fondare i “nuovi rapporti”, quelli destinati a sostituire le vecchie convenzioni, come previsto dalla legge delega 421, del 23 ottobre 1992. per l'instaurazione dei quali il D.lgs. 502 del '92 prevedeva che le Regioni e le Unità Sanitarie Locali adottassero i “provvedimenti necessari”.

² *Catalano Nunzio, AccREDITAMENTO, da Care on line 4, II, Pensiero Scientifico Editore, Roma 2002*

Il concetto di accreditamento viene riferito proprio a quelle esperienze di valutazione della qualità dei servizi sanitari maturate in ambito internazionale. La normativa italiana stabilisce però un accreditamento istituzionale, che diventa un elemento di garanzia, tanto per gli utenti che per i finanziatori, L'accREDITamento assume, in questo caso, sempre più i tratti di uno strumento diretto alla regolamentazione del settore sanitario.

Le Regioni, dunque gestiscono e conferiscono l'accREDITamento a soggetti pubblici o privati che intendano operare nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ed è compito di ciascuna Regione stabilire le modalità e i requisiti per la valutazione delle strutture, sia in merito alle loro caratteristiche (requisiti strutturali e organizzativi), sia ai risultati conseguiti relativamente alla qualità e all'appropriatezza delle cure, oltre che alla soddisfazione del paziente. L'accREDITamento non equivale a convenzione bensì ad una, più pertinente, attribuzione di credibilità. Con il conseguimento dell'accREDITamento, si acquisisce lo status di soggetto idoneo ad erogare prestazioni sanitarie e sociosanitarie per conto del SSN, comprese quelle rientranti nei fondi integrativi, ma, affinché un soggetto accREDITato possa fornire prestazioni a carico del SSN, è necessario che la Regione (direttamente o per il tramite delle Aziende Sanitarie) stipuli con questo appositi accordi o contratti.

Appropriatezza³

L'efficacia degli interventi è inerente non solo alla dimensione etica e scientifica nelle attività di cura di ogni singolo operatore della Sanità, ma anche ad una profonda implicazione organizzativa. L'appropriatezza in generale sta per: "la cosa giusta al soggetto giusto, al momento giusto da parte dell'operatore giusto, nella struttura giusta".

L'appropriatezza è nella sua essenza l'espressione della distanza che intercorre tra un comportamento osservato ed un comportamento atteso in base alle conoscenze scientifiche e/o ad aspetti normativi.

Essa viene declinata in modo differente a seconda degli ambiti in cui viene applicata. In questo senso si possono individuare almeno i seguenti ambiti: uso appropriato dei servizi, uso appropriato dell'ospedale per acuti, uso appropriato del day-hospital, uso appropriato di procedure complesse, uso appropriato di farmaci, uso appropriato di procedure semplici.

³ *Federici Antonio, Appropriatezza, Care on line,1, Il Pensiero scientifico Editore, Roma, 1999*

Parte quarta

La rete dei servizi

Come abbiamo già descritto all'inizio del presente lavoro, l'assistenza all'anziano deve fondarsi - così come stabilito dal POA in armonia con i suggerimenti dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), sulla base di una consolidata esperienza in tutti i paesi dell'Occidente industrializzato -, su una rete di servizi rappresentati: ADI (Assistenza Domiciliare Integrata), OD (Ospedalizzazione a Domicilio), Residenze socio-sanitarie (RSA-RA), Day Hospital, Ospedale per acuti, e in tal modo garantire la risposta di servizio più idonea alle esigenze di ciascun utente. La necessità di gestire una patologia di lunga durata, non guaribile, e il cui carico assistenziale grava prevalentemente sulla famiglia, impone strategie assistenziali integrate e varie. Il ruolo della Rete dei servizi è terapeutico per il paziente ed il caregiver (letteralmente: prestatore di cura) e risulta un'arma vincente se utilizzata con la logica della presa in carico globale del paziente da parte di una regia unica, basata sulla valutazione multidimensionale e interdisciplinare, che sappia creare l'alleanza terapeutica tra medico, paziente, familiare e caregiver.

Tutto ciò impone l'abbandono della mentalità ospedalocentrica e farmacocentrica..

L'integrazione deve anche avvenire all'interno dei Piani di Zona, tra Enti diversi quali Aziende sanitarie e Comuni, Associazioni di Volontariato anche per stimolare la nascita di Banche del Tempo, Gruppi di auto-mutuo aiuto nella consapevolezza della necessità della disponibilità di tutti per ideare, pianificare ed attuare un articolata ed efficace Rete dei Servizi.

Assistenza Domiciliare Integrata ⁴

“Le cure domiciliari, e in particolare l'assistenza domiciliare integrata, rappresentano una base privilegiata di azione per garantire flessibilità ed efficacia agli interventi. L'assistenza domiciliare diventa integrata (ADI) quando professionalità diverse, sanitarie e sociali, collaborano per realizzare progetti unitari, cioè mirati sulla diversa natura dei bisogni”.

(DPR 23 luglio 1998: Approvazione del Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000)

L'ADI è parte integrante e fondamentale della rete dei servizi”.

Nell'ultimo decennio l'assistenza domiciliare, si è affermata del nostro Paese, come una delle modalità assistenziali più efficaci; essa non può sostituire il ricorso al ricovero ospedaliero in condizioni di acuzie, qualora necessario, ma, dove adeguatamente effettuata, essa può evitare il ricorso ripetuto al ricovero o all'istituzionalizzazione, di per sé indice di inappropriata clinica e/o organizzativa. L'assistenza domiciliare deve

⁴ *Marceca Maurizio, Assistenza Domiciliare, Care on line3, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2002*

essere considerata a tutti gli effetti alternativa ad altre forme assistenziali a medio-lungo termine di natura residenziale, quali le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

Le condizioni da soddisfare

Le richieste di assistenza domiciliare, di norma provengono dal MMG (Medico di Medicina Generale) del paziente ma formulate anche direttamente dalla famiglia o da operatori sociali. L'Unità Valutativa Multidimensionale o Geriatrica – ha il compito di caratterizzare i casi più complessi attraverso una valutazione multidimensionale (VMD) del soggetto al fine di predisporre il Piano individualizzato di assistenza (PAI) che prevede cosa fare, da parte di chi e con quale periodicità. Per avere una gestione efficiente, viene individuata, per ogni soggetto in trattamento con AD, la figura del case manager, che in genere è un'infermiere con precipui compiti di coordinamento dei diversi operatori coinvolti nella gestione del Piano di cura e di monitoraggio dell'andamento del caso. Un aspetto di grande rilevanza è rappresentato dal coinvolgimento del MMG del paziente assistito a domicilio nella forma integrata, nella formulazione insieme all'UVM, del Piano individuale di assistenza,

Principali obiettivi dell'ADI

- *Dare una risposta coerente ed adeguata a specifici bisogni di salute.*
- *Evitare istituzionalizzazioni e ricoveri ospedalieri non giustificati.*
- *Mantenere l'ambiente di vita proprio del paziente.*
- *Contribuire alla realizzazione della continuità e dell'integrazione dell'assistenza.*
- *Coinvolgere attivamente i curatori informali del paziente (familiari, amici, volontari).*
- *Perseguire la sostenibilità assistenziale massimizzando i benefici di salute per i pazienti.*

L'assistenza domiciliare, nelle sue diverse forme di applicazione, è compresa tra i Livelli Essenziali di Assistenza definiti dal DPCM del 29 novembre 2001. Ciò comporta che le Aziende Sanitarie Locali si rendono garanti dell'erogazione di tale modalità assistenziale – laddove ritenuta efficace ed appropriata – per tutti i cittadini iscritti nella loro Anagrafe degli assistiti. I servizi aziendali deputati alla gestione dell'AD sono variamente

denominati nelle diverse regioni italiane: Centri di Assistenza Domiciliare (CAD), Punti Unici di Accesso, etc.

Ospedale per Acuti - Ospedalizzazione domiciliare

Con il termine ospedalizzazione domiciliare si intende (citando il Progetto-obiettivo): "l'effettuazione nel luogo di vita del malato dei principali interventi diagnostici e terapeutici normalmente possibili in ospedale, eventualmente integrati, per prestazioni particolari, da una breve presenza in ospedale con accesso e trasporto facilitati. (...) La condizione necessaria per poter sperimentare la spedalizzazione domiciliare, è la presenza di familiari al domicilio dei pazienti e l'esistenza di sufficienti garanzie per il mantenimento nell'ambiente domestico dei livelli di cura ospedaliera"

E' da sottolineare come molte realtà di servizi hanno dimostrato di poter erogare, con piena sicurezza per la persona e pari efficacia di altri ambiti assistenziali, prestazioni complesse e considerate di alta intensità, quali la ventilazione meccanica, la nutrizione artificiale enterale e parenterale, il trattamento di piaghe da decubito di 3° e 4° stadio, le terapie palliative a soggetti terminali.

Dimissioni Protette e Continuità di Cura

Asl, Distretti, le Residenze Protette e le Rsa, devono realizzare dimissioni concordate tra l'Ospedale Geriatrico o la Divisione Geriatrica e i servizi domiciliari di pazienti che sono ancora in condizioni di non autosufficienza o di incompleta stabilizzazione clinica, che richiedono la continuazione delle cure mediche, infermieristiche e riabilitative a domicilio o in strutture intermedie. Le dimissioni protette, spesso rese necessarie dalla riduzione della durata dei ricoveri a seguito dell'introduzione del criterio di finanziamento degli ospedali mediante il sistema dei DRG, se applicate, garantiscono alla persona la cosiddetta "continuità delle cure".

Cure Palliative

La legge n° 39/1999, ha previsto la realizzazione degli hospice, cioè strutture ubicate nel territorio e dedite all'assistenza palliativa che consentono un'agevole accessibilità dei pazienti e delle loro famiglie. Tali strutture, “devono essere realizzate prioritariamente attraverso l'adeguamento e la riconversione di strutture, di proprietà di aziende sanitarie locali o di aziende ospedaliere, inutilizzate anche parzialmente, ovvero di strutture che si siano rese disponibili in conseguenza della ristrutturazione della rete ospedaliera” (art.1). Il termine “Palliativo” non significa “inutile”, la sua definizione esatta deriva dalla parola in latino “pallium”: mantello, protezione. Le cure palliative, rivolte ai pazienti che non rispondono più a trattamenti specifici capaci di curare la malattia originaria e di cui la morte è la diretta conseguenza, rappresentano “un'attitudine che si traduce in una attenzione volta prima alla persona e poi alla malattia”.

La filosofia di cura, a domicilio come in hospice, che si ispira ai principi delle cure palliative, può essere così riassunta:

- affermare la vita e considerare la morte come un evento naturale
- non affrettare né ritardare la morte
- provvedere al sollievo del dolore e degli altri sintomi
- integrare nella cura del paziente gli aspetti psicologici, sociali e spirituali
- offrire sistemi di supporto per rendere il più possibile attiva la vita del paziente fino alla morte
- offrire un sistema di supporto per aiutare la famiglia durante la malattia del paziente e durante il lutto.

Hospice

Il termine Hospice viene utilizzato per definire una struttura sanitaria residenziale realizzata come se fosse il prolungamento della propria casa, dove il paziente oncologico in fase terminale, riesce a vivere con dignità gli ultimi giorni della sua esistenza. I ricoveri ospedalieri infatti esitano nella morte del paziente a breve termine e spesso la persona viene assistita in condizioni e luoghi che non favoriscono sempre quella che si definisce “la buona morte” ossia:

- difesa dell'integrità e della dignità della persona;

- controllo dei sintomi disturbanti;
- non accanimento terapeutico;
- rispetto e sostegno dei valori / credenze del malato e della famiglia.

Dalle esperienze acquisite risulta che la casa è il luogo ideale dove svolgere le Cure Palliative nel modo più adeguato. Esistono purtroppo alcune situazioni dove ciò non è possibile quali:

- sopraggiungere di complicazioni cliniche difficilmente gestibili in ambito domiciliare;
- impossibilità della famiglia ad assistere il malato a casa, temporaneamente o definitivamente;
- non sufficiente integrazione dell'esperienza e incapacità ad affrontare la morte del proprio congiunto in casa.

L'Hospice non deve essere visto solamente come luogo di "buona morte" ma anche come un mezzo per consentire alla famiglia in difficoltà di trovare un sollievo temporaneo nel faticoso percorso dell'accompagnamento del proprio caro, così come può essere la sede per effettuare trattamenti terapeutici difficilmente realizzabili a domicilio.

In genere l'hospice è una unità caratterizzata da piccole dimensioni (10-20 posti letto). Ogni camera è dotata di una poltrona letto per il familiare che desidera rimanere e di una serie di altri comfort quali telefono con linea esterna, aria condizionata, televisione, mini-frigo. Inoltre il paziente può se lo desidera, personalizzare la camera con piccoli oggetti di arredamento portati da casa. L'hospice comprende anche dei locali comuni, salotti, terrazzi e una cucina dove i parenti possono preparare o scaldare bevande e pietanze, avendo loro l'accesso in qualsiasi ora del giorno e della notte. In hospice, dove il livello di assistenza è molto alto, si respira un'aria familiare e comunitaria e si privilegia il rapporto interpersonale.

L'assistenza in hospice, integrata con l'assistenza domiciliare, è completamente gratuita.

Parte quinta

Parole chiave

Concetti di “residenza”, “ricovero”, “ospite”

Residenza: “ *la dimora o la sede di qualcuno giuridicamente riconosciuta*”. In senso sostanziale indica una certezza di diritto: l'abitazione, dove, cioè, si svolge in modo autonomo la vita di una persona. Nella legislazione sociale il termine "residenza", viene sostituito a quello di "ricovero", derivante dalla Legge Crispi del 1890 e dalle successive leggi comunali e provinciali del 1934, solo a partire dal 1988, con la Legge n. 67, che affrontò il problema degli anziani/e non autosufficienti (art. 20), prevedendo - accanto all'ammodernamento e alla ristrutturazione della rete ospedaliera - la realizzazione di 140.000 posti in "residenze" sanitarie assistenziali.

Non è il caso di ribadire la portata innovativa che a livello giuridico, di qualità dei servizi, ma soprattutto culturale, introduce il concetto di "residenza".

Ricovero: "L'edificio o l'ambiente destinato a dare asilo temporaneo o stabile a persone indigenti e senza abitazione".

Il termine ricovero, dunque, è espressione di un rapporto non paritario, tra una persona bisognosa di aiuto, che non può offrire nulla in cambio, e la persona o l'ente che si fa carico, per ragioni varie di proteggere e di assistere l'indigente.

Ospite e Ospedale derivano dal latino "Domus hospitalis", che anticamente designava la casa creata dalla cristianità per fini prevalentemente di carità per il malato povero considerato l'ospite d'onore.

Oggi, nonostante il diritto all'assistenza sanitaria (Lea) e sociale (Liveas) siano sanciti dalla Costituzione, si continua impropriamente a chiamare “ospite”, il cittadino che abita in un servizio a carattere residenziale per il quale, nella maggior parte dei casi, egli paga una retta molto onerosa.

Concetto di Salute

Il concetto di salute si è costantemente modificato nel tempo.

Oggi, ha assunto un significato molto più ampio che associa strettamente una condizione di assenza di malattia ad uno stato di ben-essere “globale” della persona.

Nella Costituzione dell'OMS, la salute viene definita come "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia" e viene considerata un diritto e come tale si pone alla base di tutti gli altri diritti fondamentali della persona.

Questo principio assegna agli Stati compiti che vanno ben al di là della semplice gestione del loro sistema sanitario. Essi dovrebbero farsi carico di individuare e cercare, tramite opportune alleanze, di modificare quei fattori che influiscono negativamente sulla salute e promuovere al contempo quelli favorevoli. A partire dagli anni ottanta, l'OMS ha cercato di rendere operative due strategie che vanno sotto il nome, rispettivamente, di "strategia della salute per tutti" e di "promozione della salute" percepita, quest'ultima, come risorsa della vita quotidiana che mira al benessere. La promozione della salute deve portare cioè a condizioni di vita e di lavoro sicure, stimolanti, soddisfacenti, alla protezione degli ambienti naturali e artificiali, alla conservazione delle risorse naturali. Deve consentire una valutazione sistematica degli effetti dell'ambiente sul benessere delle persone e garantire strategie e azioni mirate ad indurre cambiamenti nel singolo e nella collettività. La promozione della salute passa quindi necessariamente attraverso non solo gli aspetti individuali, ma attraverso l'adozione di politiche pubbliche coordinate e tese a favorire e sviluppare beni e servizi più sani, ambienti igienici e non pericolosi, cambiamenti legislativi coerenti, mutamenti nell'organizzazione sociale e ambientale. Sul versante scientifico è la premura verso l'essere umano che deve essere al centro dell'agire medico e non solamente la cura della sua malattia. "La clinica è ascolto, oltre che impegno a fare prescrizioni efficaci..."; il medico deve allearsi con il malato "attraverso una comune comprensione delle questioni ultime della vita fisica e psichica" (Sergio Nordio).

La malattia negli anziani/e

Molte persone anziane vivono con molta ansietà il rapporto con la propria salute. L'inattività, la reclusione, la spersonalizzazione sono compensate con l'attenzione ossessiva verso il proprio corpo. La malattia diventa una rivalsea contro l'inferiorità, la perdita di ruolo che ormai segna la loro condizione. Nella RA si trovano concentrati tutti i processi patologici a cui la vecchiaia va incontro. E' come se il timore che essa ispira, spingesse i soggetti a gettarsi, letteralmente, dentro la malattia. Allora proliferano ogni sorta di malanni: cefalee, disturbi digestivi, pruriti, dolori vari. L'anziano può rifugiarsi nella malattia, esigere delle cure, cercare di mettere in atto ricatti affettivi, fingere di essere preda a dolori che non soffre.

Tuttavia, l'organismo della persona anziana, così come la sua psiche, possono divenire fragili e facilmente minate dall'ansia. L'anziano finisce con l'ammalarsi davvero. Si instaura così un vero e proprio circolo vizioso: siccome non si è trattati come persona, allora viene meno il gusto di vivere e quindi la forza per far fronte ai problemi che un corpo invecchiato pone; d'altra parte una salute precaria riduce l'attività e il desiderio di curare interessi e occupazioni intellettuali, affettivi e lavorativi e genera ansia. Le funzioni che non si esercitano più si degradano e così facendo si diventa malati sul serio. Il benessere fisico, l'intelligenza, la memoria di un individuo, vanno messe in rapporto con la sua attenzione alla vita, con il suo interesse per il mondo che lo circonda e con l'insieme dei suoi progetti. Inoltre se è vero che in età avanzata si affievoliscono alcune capacità, quali la memoria, la resistenza all'affaticamento, la difficoltà di adattarsi a situazioni nuove, è altrettanto certo che queste possono essere facilmente compensate da altre, quali il possesso del mestiere, della tecnica, l'esperienza nell'organizzazione dei compiti.

L'anziano deve lottare soprattutto contro la depressione e la pigrizia. Se ciò accade, l'essere un po' smemorati o avere un po' di acciacchi diventano dei limiti meno invalidanti. La vecchiaia quindi non è sinonimo di malattia, questa età è una fase della vita, come la nascita, la crescita, la riproduzione. Ciò spiega perché la medicina gerontologica, sostiene con sempre maggiore risolutezza la necessità di interventi terapeutici basati sul miglioramento della qualità di vita delle persone e sulle tecniche di riabilitazione motoria e cognitiva, in sostituzione delle classiche terapie farmacologiche e chirurgiche un tempo predominanti.

Sanitarizzazione dei bisogni

Sanitarizzare vuol dire etichettare in termini medici il disagio della persona: ciò vuol dire trattare come malattia fisica del corpo un bisogno affettivo, relazionale, psicologico e sociale che la società non soddisfa, ma anzi reprime e maschera.

Pensiamo ad esempio a quanta sofferenza possa provocare lo stato di disoccupazione o la perdita di un lavoro o, come nel caso degli anziani/e, la solitudine e l'essere deprivati di un ruolo sociale; o infine per chi vive nelle R.A., essere costretti a reprimere l'anelito alla propria libertà e ad obbedire alle decisioni altrui pena la non l'accettazione da parte della comunità.

Tali condizioni del vivere, creano profondi sentimenti di ansia e insicurezza anche in virtù del fatto che difficilmente si possiede una consapevolezza individuale sulle cause reali della sofferenza. E' così che proliferano i disturbi di tipo pseudo-organico, o quelli più chiaramente di tipo psichico o psicosomatico.

La risposta del medico in questi casi e in generale dei servizi socio-sanitari, "è quasi sempre tale da incoraggiare il timore di malattia fisica, e da far considerare quest'ultima come una disgrazia casuale, (...) cioè diviene questione tutta interna di visceri e sangue e nervi guasti di un organismo insufficiente (...)"⁵

La medicina, dunque, spaccia per problemi individuali, privati e accidentali, questioni che sono invece di interesse collettivo e dovute a cause (sociali) specifiche. (...)

Sicché per il paziente, specie se anziano la strada si chiude sempre più nel circolo vizioso di una medicalizzazione senza fine, che si traduce nel ricorso indiscriminato agli esami clinici, magari al ricovero in ospedale o infine nella consolazione dei farmaci.

Molte di queste sostanze non solo non raggiungono lo scopo terapeutico dichiarato, ma sono inutili, dannose, creano dipendenza e assuefazione, e funzionano come veri "anestetici del sistema".⁶

Demedicalizzare i disturbi degli anziani/e ed eliminare le terapie conseguenti, vuol dire riportare il disagio individuale alla consapevolezza delle sue cause reali, battersi collettivamente per rimuovere queste cause.

De-sanitarizzare la condizione degli anziani/e significa da un lato riconsegnare a loro un ruolo ed una funzione sociale da cui sono stati privati. Per ciò che riguarda gli anziani/e che vivono nelle RA, significa in primo luogo trasformare queste strutture in spazi anche fisici di esistenza e coesistenza, dove l'individuo sano o malato possa gioire il più possibile di tutta la sua dignità di uomo libero, dove ogni risorsa individuale sia valorizzata anziché annullata, dove l'esperienza possa ancora formarsi ed essere ricchezza anche per gli altri.

Per poter far questo è necessario che l'istituzione sia in grado di sostenere e riconoscere le complesse dinamiche dell'anziano e quindi riformulare costantemente la sua organizzazione rispetto ad esse.

⁵ G. Jervis *Manuale di psichiatria*, Feltrinelli, Milano 1980, pp. 69-70

⁶ *Ivi*, p. 69

Diritto alla salute e abbandono sanitario

Il diritto degli anziani/e malati compresi quelli colpiti da cronicità e da non autosufficienza ad essere curati senza limiti di durata sia a domicilio, sia -all'occorrenza- in ospedale o in altre strutture sanitarie, non è un'acquisizione nuova.

Il Progetto-obiettivo in realtà, ribadisce ciò che 45 anni prima era stato sancito dagli articoli 32 e 38 della Costituzione Italiana, e successivamente da una serie di leggi emanate a partire dal 1955!

Abbandono sanitario: 'affidare molti cittadini a luoghi ameni come le istituzioni di assistenza e beneficenza, assolutamente sprovviste di attrezzature sanitarie ed incapaci di farsi carico dell'essere umano nella sua globalità esistenziale e fisica. A quattordici anni dalla realizzazione del Progetto-obiettivo, la realtà appare ancora inadeguata. Da un lato, l'esistenza di un numero molto elevato di RA o CdR, dalla gestione anacronistica e dall'organizzazione inadeguata a prendersi cura di una popolazione molto anziana che si caratterizza sempre di più per una maggiore fragilità e una più facile perdita delle capacità di autonomia. E' significativamente aumentato, in questi anni, il numero di soggetti non autosufficienti o ad elevato rischio di perdita dell'autosufficienza. La recente raccolta di firme, da parte delle OO:SS. dei Pensionati, per l'istituzione del Fondo Nazionale per la non-autosufficienza, muove da questa constatazione.

Dall'altro, la non realizzazione delle RSA che insieme alle Unità di Valutazione Geriatriche e all'Assistenza domiciliare integrata, dovevano rappresentare i capisaldi del Progetto-obiettivo.

Gerontologia e Geriatria

Gerontologia: Studio dell'invecchiamento sotto il profilo psico-sociale

Geriatria: branca della medicina che si occupa di tradurre in prassi gli orientamenti teorici della gerontologia. Ad essa è cioè affidata la prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie connesse all'invecchiamento.

La Geriatria si traduce concretamente in:

- 0) Un metodo di lavoro di tipo trasversale, che cioè impegna discipline diverse al posto dei classici saperi verticali. Prova di ciò è la creazione delle Unità di Valutazione Geriatrica (UVG), dove è l'equipe, composto da: geriatri, infermieri, terapisti occupazionali e della riabilitazione, assistenti domiciliari, che si confronta, , su ogni singolo caso e decide la soluzione più adatta.
- 1) Nell'utilizzazione di tecniche diagnostiche multidimensionali la persona anziana presenta sempre un insieme di patologie (es. problemi circolatori, anemie, udito deteriorato, problemi visivi, depressione, problemi oro-dentali).
- 2) Un utilizzo maggiore di tecniche riabilitative e riattivanti: la neurologia, la psichiatria, la riabilitazione; meno delle tecniche strumentali quali la chirurgia e la farmacologia.
- 3) Nell'organizzazione dei servizi a "rete".

Malattia "cronica" e malattia "acuta"

La malattia cronica è *"una malattia di lunga durata, tendenzialmente lunga quanto la vita del soggetto. Questa procura invalidità di vario grado; è dovuta a cause non reversibili; richiede speciali forme di riabilitazione; impegna l'interessato ad osservare prescrizioni e, spesso, ad apprendere un nuovo stile di vita (dietetico, relazionale, motorio,etc.). Necessita di consistenti periodi di controllo, di osservazione e di cura sia a domicilio sia in ambiti specialistici"* (Fabris, 1997).

La malattia acuta può essere considerata un fenomeno episodico e completo in sé; cioè quello che il paziente prova, è tuttO spiegabile in termini di anatomia e fisiologia della malattia e della sua guarigione.

Al contrario, ciò che il paziente prova in caso di malattia cronica ha a che fare con l'esperienza della malattia, l'impatto che essa ha sulla vita di ogni giorno, il danno a funzioni necessarie per svolgere il proprio lavoro, il cambiamento delle prospettive future del malato, una pesante influenza sul suo patrimonio economico. La cura della persona

affetta da patologia cronica non ha necessariamente come esito la guarigione; ma ha a che fare con tutti gli interventi che permettono una migliore convivenza con la malattia cronica e di utilizzare al massimo le funzioni residue.

Qualità della vita

Esistono molte definizioni della qualità della vita. Per l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), essa è: *"La percezione che gli individui hanno della loro posizione nella vita nel contesto della cultura e del sistema di valori in cui vivono, in relazione alle loro finalità, aspettative, modelli e preoccupazioni"*.

Questo significa che l'efficacia di un tentativo medico, dipende anche dal miglioramento dello stato di benessere generale del paziente, ossia della qualità della sua vita.

Le quattro grandi componenti della qualità della vita sono:

- stato fisico e capacità funzionali;
- stato psicologico e senso di benessere;
- interazioni sociali;
- stato economico.

Esse costituiscono la Valutazione Geriatrica Globale, poiché indaga l'anziano in tutte le sue dimensioni, ciascuna misurabile con differenti tests e scale di valutazione e coniuga la ricerca dell'appropriatezza clinica con quella dell'appropriatezza organizzativa. in vista di una personalizzazione dell'intervento.

Morbilità e comorbilità nell'anziano

Morbilità: frequenza di una malattia in una popolazione

Comorbilità: *presenza concomitante di 2 o più malattie nello stesso soggetto, essa è una caratteristica clinica del soggetto con più di 65 anni, è caratterizzata dalla coesistenza nello stesso individuo di multiple patologie legate all'invecchiamento, le quali aumentano con l'aumentare dell'età.*

La comorbilità, inoltre è legata alla durata maggiore dell'ospedalizzazione, alla ri-ospedalizzazione dei pazienti a breve e lungo termine, alla comparsa di complicanze ed alla scarsa qualità della vita del paziente anziano. Essa incrementa il rischio di mortalità e disabilità.

Valutazione Multidimensionale (VMD)

In Italia, la VMD ha iniziato a diffondersi, in ambito geriatrico, trovando un suo pieno riconoscimento nell'emanazione del Progetto Obiettivo "Tutela della salute degli anziani/e", valido per il quinquennio 1991- 1995.

La VMD è un "processo di tipo dinamico e interdisciplinare volto a identificare e descrivere, o predire, la natura e l'entità dei problemi di salute di natura fisica, psichica e funzionale di una persona non autosufficiente, e a caratterizzare le sue risorse e potenzialità. Questo approccio diagnostico globale, attraverso l'utilizzo di scale e strumenti (es. B.I.N.A., R.U.G., S.OS.I.A.), consente di individuare un piano di intervento sociosanitario coordinato e mirato al singolo individuo".

Non autosufficienza, complessità dei bisogni, globalità e interdisciplinarietà dell'approccio, personalizzazione dell'intervento e valorizzazione delle risorse attivabili, sono i concetti chiave attorno ai quali ruota la VMD. Le aree tematiche della valutazione, sono rappresentate da: salute fisica, stato cognitivo (o salute mentale), stato funzionale, condizione economica e condizione sociale.

Oltretutto, la VMD si offre come lo strumento ideale per realizzare una "dimissione realmente protetta" del soggetto, perchè consente di pianificare, attraverso la comunicazione tempestiva delle informazioni, il passaggio di presa in carico da parte dei servizi e delle strutture territoriali.

I diversi Piani Sanitari Nazionali, elaborati a partire dal 1998, citano espressamente la valutazione multidimensionale tra le condizioni necessarie per l'assistenza domiciliare integrata, poiché consente di valutare, secondo criteri chiari ed uniformi, i bisogni delle persone da assistere e su queste basi fornire a tutti le risposte più appropriate.

La situazione più tipica è quella della valutazione effettuata su soggetti anziani/e non autosufficienti e finalizzata tanto a stendere il piano di trattamento personalizzato, quanto a verificare l'allocazione assistenziale più opportuna.

Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) - Responsabile del caso

La VMD, viene effettuata da un'équipe multidisciplinare, detta unità valutativa – la cui composizione minima è data da un medico, un infermiere e un assistente sociale che definiscono il piano assistenziale individualizzato (PAI), mentre la compilazione della scheda di VMD, può essere eventualmente svolta da un singolo operatore debitamente formato. Per ogni paziente, è prevista la presenza di una figura di coordinamento degli interventi previsti (*case manager*). All'équipe di base è inoltre opportuno si aggiungano, oltre al MMG del paziente (o pediatra di libera scelta, se si tratta di minori), anche le figure medico-specialistiche di volta in volta necessarie sulla base delle problematiche prevalenti del paziente (cardiologo, geriatra, neurologo, psichiatra, etc.).

Scale per la valutazione multidimensionale disponibili in Italia: alcuni esempi

La VMD si effettua sulla base della compilazione, cartacea o informatizzata, di liste di quesiti (o items), si avvale dell'uso di cosiddette 'scale' di tipo monodimensionale, (come ad esempio, la Scala di valutazione dell'equilibrio e dell'andatura o la Scala di Valutazione dei rischi di piaghe da decupito) ciascuna delle quali cioè approfondisce una singola area o una specifica articolazione di essa o di 'strumenti' multidimensionali veri e propri, pensati per caratterizzare il soggetto nelle diverse aree di interesse: questi ultimi possono evidentemente contenere all'interno scale monodimensionali.

Gli strumenti di valutazione in uso in Italia, sono molti e non esiste un unico strumento che possa essere adatto ad ogni circostanza.

Difficoltà realizzative

- 1) Estrema disomogeneità del sistema residenziale italiano, sia in ordine alla classificazione delle strutture, che alla loro distribuzione sul territorio e alle procedure assistenziali adottate.
- 2) Modesta predisposizione degli operatori all'utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale e alla gestione informatica dei dati
- 3) Scarsa sensibilità delle Regioni ad affrontare in modo organico il problema della remunerazione e controllo delle RSA, anche in rapporto alla incompleta definizione del loro effettivo ruolo.

Le quattro scale che qui vengono proposte come semplici esempi, sono state assunte da alcune Regioni con DGR (decreto giunta regionale), conseguentemente al D.L. 502/98. L'utilizzo di strumenti omogenei, a livello regionale e nazionale, per l'accesso ai servizi, potrebbe garantire un' uniformità di approccio ai bisogni assistenziali e criteri trasparenti di allocazione delle risorse.

Nel caso di anziani/e che vivono in RA o in RSA, la VMD e le relative Scale, servono anche per stabilire l'importo della retta sanitaria a carico del Sistema Sanitario Nazionale e quella sociale a carico dell'utente o del Comune in base al case-mix assistenziale. Infatti il **Progetto Mattoni** del Ministero della Sanità, prevede un **Sistema di classificazione omogeneo per le prestazioni residenziali e semiresidenziali**, effettuate attraverso l'uso della scala Rug. Per ottenere la remunerazione o il contributo sanitario da parte della ASL, ogni struttura deve compilare dei moduli appositi e inviarli alla propria regione. In questi moduli si rendicontano gli utenti indicando, per ciascuno di essi, i giorni di presenza e la classe di appartenenza. Ad ogni classe, che definisce il grado di autonomia della persona e il corrispettivo carico assistenziale (case-mix), corrisponde una quota per utente (o tariffa), che l'ASL corrisponderà alla struttura interessata.

Scala BINA

(Breve Indice di Non autosufficienza)

In Emilia Romagna è utilizzata da vari anni la scala Breve Indice di Non Autosufficienza (BINA), che rappresenta una scala di disabilità particolarmente adatta alla popolazione anziana, poiché mette soltanto in relazione non solo le abilità di ciascuno, ma anche le esigenze personali e ambientali, in particolare l'aiuto che si riceve concretamente dalla famiglia e dalla rete informale. Proprio quest'ultimo motivo, ha spinto l'Amministrazione Pubblica ad aggiungere alla normale scala BINA. un punteggio per la demenza e una BINA sociale, che valuta l'apporto della famiglia ed il rischio di esaurimento delle sue forze.

Metodo RUG

(Resource Utilization Groups/Gruppi di Utilizzazione delle Risorse)

Il progetto RUG, nasce nel 1999 e apre al Progetto Mattoni nel 2004.

Il Sistema RUG, è uno strumento per la classificazione e la valutazione del carico assistenziale degli anziani/e non autosufficienti assistiti presso le strutture sanitarie e socio-sanitarie, delle RSA. Esso viene utilizzato per la valutazione del “Case-mix” e la Remunerazione del sistema extra-ospedaliero, anche ai fini dell’accreditamento e di verifica di standard assistenziali.

A seguito della introduzione del D.lvo 502/92 e successive modifiche è stata introdotta in Italia una organizzazione dei servizi basata sul rimborso a prestazione e sulla verifica della qualità. Le nuove modalità di finanziamento e controllo sono state avviate nel settore ospedaliero attraverso il sistema a DRG (Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi), che, pur con i suoi limiti, ha consentito una radicale trasformazione delle procedure di ricovero e dell’organizzazione ospedaliera. Da questo sistema sono rimasti tuttavia esclusi tutti i servizi residenziali di assistenza, le lungodegenze, le riabilitazioni, le RSA, che hanno continuato ad essere remunerati con rette indistinte per giornata di degenza ed in assenza di strumenti di valutazione del case-mix assistenziale, cioè da una sostanziale “casualità dell’assistenza”. L’adozione di strumenti di valutazione del “case-mix”, come il RUG, appare pertanto essenziale al fine di completare il processo di aziendalizzazione del sistema socio-sanitario italiano.

Il sistema RUG, indaga le principali condizioni cliniche e di autonomia del paziente in rapporto al carico assistenziale che ne deriva. Consente di raggruppare in 7 categorie principali i pazienti da assistere. Nelle realtà dove viene applicato il RUG, si riscontra un discreto livello di appropriatezza di utilizzo delle RSA rispetto alla tipologia dei pazienti classificati. Nelle Residenze Protette viene invece assistito un considerevole numero di pazienti a elevato carico sanitario, la cui collocazione avrebbe dovuto essere nella RSA.

L’applicazione del sistema RUG consente di stimare l’effettivo fabbisogno di posti letto per RSA e Residenze Protette.

Per misurare il reale fabbisogno assistenziale, si fa riferimento al case-mix, espresso in:
minuti di assistenza
dotazione organica.

Il case-mix quindi permette:

- di conoscere e valutare l’effettivo carico assistenziale degli utenti presenti nella struttura;

- di differenziare le tariffe in rapporto all'effettivo carico assistenziale;
- di verificare i livelli assistenziali effettivamente erogati.
- Tra i diversi sistemi capaci di misurare il Case-mix, si è scelto il Rug, che compie la sua analisi/definizione indagando 13 aspetti delle condizioni della persona.

Le 13 sezioni sono: stato cognitivo; comunicazione; umore e comportamento; autonomia; continenza; diagnosi di malattia; condizioni cliniche; stato nutrizionale; condizioni della cute; attività; farmaci; trattamenti e terapie speciali; sezione supplementare:

La scheda Rug, viene compilata dal personale infermieristico all'ingresso, dopo ogni significativa modifica delle condizioni cliniche o assistenziali, infine al momento della dimissione,

Scala S.V.A.M.A.

(Scheda per la Valutazione Multidimensionale dell'Anziano)

S.V.A.M.A analizza tutti gli aspetti della vita dell'anziano preso in carico (salute, autosufficienza, rapporti sociali, situazione economica).

S.V.A.M.A. è composta da quattro parti:

1. **Cartella S.v.a.m.a.** Contiene quadri per la raccolta - registrazione dei dati identificativi della persona, della valutazione del potenziale residuo, della valutazione dell'efficacia della rete sociale, riassume i giudizi valutativi espressi dai singoli professionisti, registra il progetto assistenziale formulato.
2. **Cartella Valutazione Sanitaria.** Contiene i quadri per l'anamnesi clinico - farmacologica, per la registrazione di specifiche condizioni che richiedono assistenza infermieristica, per l'analisi del sensorio e comunicazione e l'elenco delle principali patologie potenzialmente causa di disabilità. È compilata dal Medico di Medicina Generale.
3. **Cartella Valutazione Cognitiva e Funzionale.** Contiene la scala di valutazione cognitiva, la scala di valutazione della situazione funzionale distinta in ADL (attività della vita quotidiana) e Mobilità, la scala per la valutazione del rischio di decubiti o di quelli eventualmente esistenti.
4. **Cartella Valutazione Sociale.** Raccoglie informazioni sulle persone coinvolte nell'assistenza, sulle situazioni abitativa, socio-ambientale ed economica (Dati

generali e domanda di intervento. Assistenza e alimenti. Abitazione e reddito.Valutazione assistente sociale). È compilata da un Assistente Sociale.

Scala S.OS.I.A.

(Scheda Osservazione Intermedia Assistenza) Lombardia

S.OS.I.A è la combinazione di test sullo stato cognitivo, sociale e sanitario dell'utente, è lo strumento che la Regione Lombardia ha messo a disposizione delle R.S.A. del territorio regionale per effettuare la rendicontazione e la remunerazione relative ai loro utenti, secondo un sistema che li classifica suddividendoli in 8 categorie (o "classi").

Precedentemente all'impiego della scala S.OS.I.A., il modo di calcolare le tariffe spettanti ai vari istituti, era fondato su una classificazione per posti letto in tre categorie: i N.A.T. (Non Autosufficienti Totali), i N.A.P. (Non Autosufficienti Parziali) e gli ALZ (Alzheimer).

La scheda S.OS.I.A., invece, classifica gli utenti in 8 classi e permette una valutazione più precisa delle persone. Nel metodo precedente, infatti, le tre classi erano troppo generiche: cioè, all'interno di una di esse potevano rientrare situazioni molto diverse.

DGR

(Diagnosis Related Groups)

Sistema di finanziamento delle prestazioni ospedaliere, il quale remunera il prodotto fornito e non più i fattori produttivi impiegati. Le prime applicazioni dei DRGs (in Italia denominati ROD: Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi) riguardano progetti sperimentali iniziati nel 1986, senza che vi fosse un collegamento diretto con i sistemi di finanziamento, come invece determinato dai successivi provvedimento legislativi (Decreto Legislativo 502/92 e segg.).

Ruolo dell'Unità di Valutazione Geriatria (UVG)

Detta anche nei diversi contesti, Unità Valutativa Multidimensionale (UVM), oppure Unità Valutativa Distrettuale – UVD, o Territoriale – UVT, o, con la dizione originaria di Unità di Valutazione Geriatrica (UVG), cioè una équipe multidisciplinare presente sul territorio,

composta da: geriatra, infermiere professionale, assistente sociale a cui si aggiungono stabilmente o per consulenza il neurologo, l'urologo, l'ortopedico, lo psicogeriatra, il terapeuta occupazionale, il fisioterapista, il logopedista, il podologo, il dietista.

L'UVG, garantisce la cosiddetta "continuità di cura" tra il reparto di Geriatria e il resto dei servizi sul territorio; l'utilizzazione dei servizi socio-sanitari di base a fini didattici per la preparazione del personale infermieristico, medico e assistenziale.

L'UVG è quindi lo strumento cruciale per unificare gli obiettivi e le azioni comuni all'intera rete dei servizi.

La Riabilitazione

da "Linee-guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione" (in GU 30 maggio 1998, n. 124)

Il termine Ri-abilitare, esprime con chiarezza l'obiettivo di "rendere nuovamente abile" un soggetto affetto da menomazione che gli procura una disabilità.

L'intervento riabilitativo, attivabile all'interno dei livelli uniformi di assistenza previsti dal Piano Sanitario Nazionale (PSN), adotta quale riferimento, un modello di percorso integrato socio-sanitario.

La riabilitazione è un processo di soluzione dei problemi e di educazione nel corso del quale si porta una persona a raggiungere il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale, con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative.

Il processo riabilitativo coinvolge anche la famiglia del soggetto e quanti sono a lui vicini. Di conseguenza, il processo riabilitativo riguarda, oltre che aspetti strettamente clinici anche aspetti psicologici e sociali.

Gli interventi riabilitativi, sono essenzialmente di tre tipi: neuro-motori - cognitivi - occupazionali e dunque possono essere erogati, a seconda dei casi, da diverse figure professionali: fisiatra, altri medici specialisti, psicologo, fisioterapista, terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, logopedista, ortodottista, terapeuta occupazionale, educatore, assistente sociale, tecnico ortoprotesista, infermiere professionale, etc.

La legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti della persone handicappate (L. 104/92), ha inserito le attività di riabilitazione fra le priorità nella ridefinizione della rete dei servizi sanitari

Sul piano operativo è utile distinguere fra interventi riabilitativi prevalentemente di tipo sanitario ed interventi riabilitativi prevalentemente di tipo sociale.

Si definiscono "attività sanitarie di riabilitazione" gli interventi valutativi, diagnostici terapeutici e le altre procedure finalizzate a portare il soggetto affetto da menomazioni a contenere o minimizzare la sua disabilità, ed il soggetto disabile a muoversi, camminare, parlare, vestirsi, mangiare, comunicare e relazionarsi efficacemente nel proprio ambiente familiare lavorativo, scolastico e sociale.

Si definiscono "attività di riabilitazione sociale" le azioni e gli interventi finalizzati a garantire al disabile la massima partecipazione possibile alla vita sociale con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative indipendentemente dalla gravità delle menomazioni e delle disabilità irreversibili al fine di contenere la condizione di handicap. Le attività sanitarie di riabilitazione, ad eccezione di quelle di semplice terapia fisica strumentale per disabilità minimali, richiedono obbligatoriamente la presa in carico clinica globale della persona mediante la predisposizione di un progetto riabilitativo individuale e la sua realizzazione mediante uno o più programmi riabilitativi.

Tipologia degli interventi di riabilitazione

In relazione all'intensità e complessità delle attività sanitarie di riabilitazione e alla quantità e qualità di risorse assorbite le stesse si distinguono in:

1. a) **attività di riabilitazione estensiva o intermedia: caratterizzate da un moderato impegno terapeutico - valutabili tra una e tre ore giornaliere -a fronte di un forte intervento di supporto assistenziale verso i soggetti in trattamento.**

- b) **attività di riabilitazione intensiva: dirette al recupero di disabilità importanti, gravi e complesse, che richiedono un elevato impegno diagnostico medico specialistico ad indirizzo riabilitativo e terapeutico**

Livelli organizzativi

In generale le attività di riabilitazione sono erogate mediante una rete di servizi ospedalieri ed extraospedalieri erogate in regime:

- di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno;
- residenziale a ciclo continuativo e/o diurno;
- ambulatoriale, extramurale e domiciliare.

*Gli interventi di **riabilitazione estensiva o intermedia** sono erogati presso le seguenti strutture pubbliche e private ad hoc accreditate:*

- 1) **le strutture ospedaliere di lungodegenza;**
- 2) **i presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale territoriali e ospedalieri;**
- 3) **i presidi di riabilitazione extraospedaliera a ciclo diurno e/o continuativo;**
- 4) **i centri ambulatoriali di riabilitazione;**
- 5) **le Residenze Sanitarie Assistenziali**

Per quanto riguarda le Residenze Sanitarie Assistenziali sono presidi che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani/e e non, con esiti stabilizzati, o con lento recupero, di patologie, fisiche, psichiche, sensoriali o miste, richiedenti un progetto riabilitativo individuale, non assistibili a domicilio, un medio livello di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello "alto" di tutela assistenziale ed alberghiera.

Le attività di riabilitazione estensiva rivolte agli utenti di tali strutture riguardano anche soggetti non autosufficienti affetti da grave disabilità richiedenti un alto livello di supporto assistenziale ed infermieristico a fronte di un intervento riabilitativo a bassa complessità ed intensità.

- 6) **Le strutture residenziali o semiresidenziali di natura socio-assistenziale ed i centri socio-riabilitativi nonché il domicilio dell'utente.** *L'offerta di servizi integrati sociali e sanitari può essere organizzata in forma domiciliare e/o attraverso il ricorso a strutture diurne o residenziali.*

*Gli interventi di **riabilitazione intensiva** sono erogati presso:*

- 1) **presidi ospedalieri -plurispecialistici e monospecialistici**

Le attività di riabilitazione ospedaliera sono prevalentemente effettuate nelle unità operative di: Recupero e Riabilitazione funzionale e di alta specialità in particolare neuroriabilitativa

L'animazione

L'intervento di animazione, poggia le sue basi soprattutto sulle attività ludico-culturali e sociali: attività ricreative, di laboratorio, espressive. L'animazione però deve puntare soprattutto alla creazione e al sostegno di legami, di rapporti e spazi vitali, e al riconoscimento dell'importanza della dimensione esistenziale di ogni persona. Soltanto la valorizzazione delle storie di vita permette all'animatore di essere recettivo e di poter agire la "funzione di ascolto", al fine di attivare le risorse di ogni anziano, le potenzialità di crescita personale, l'inserimento e la partecipazione sociale di ciascuno.

L'animazione, rappresenta un efficace mezzo educativo per avviare processi affettivi e di socializzazione, in grado di restituire senso alla vita degli anziani/e che vivono presso le Residenze Assistite e di circoscrivere le inevitabili alterazioni di comportamento che anche nella migliore delle ipotesi Istituzioni siffatte producono nella personalità dell'anziano: *"Senza l'animazione, intesa in questo senso, quindi, le strutture rischiano di accentuare il degrado già insito simbolicamente negli anziani/e stessi e di incentivare l'atmosfera di depressione, di abbandono e di morte che minaccia anche gli operatori"*.

Obiettivo dell'animazione all'interno delle strutture per anziani/e è anche *"... quello di creare le condizioni psicologiche ambientali e strutturali grazie alle quali gli anziani/e che vivono nelle RA possono trovare conferma alle loro filosofie di vita per invecchiare e morire serenamente e per vivere la propria vita fino alla morte come evento del tutto originale e personale"*.

Le attività di animazione viaggiano essenzialmente su due binari paralleli:

0. *la psicologia, che considera la persona dell'anziano da un punto di vista non statico, ma dinamico e si attiva affinché ciascuno sia capace di adattarsi al meglio nelle diverse situazioni.*

0. **la riabilitazione**, che tratta il corpo della persona da un punto di vista fisico-dinamico e, utilizzando conoscenze e tecniche prevalentemente organiche, cerca di recuperare la sua funzionalità. Le funzioni principali dell'animatore sono di facilitazione, di aggregazione sociale e di comunicazione all'interno del gruppo e tra gruppi; la funzione emancipatoria, nel momento in cui l'animatore tende a far crescere nelle persone e nei gruppi la capacità di protagonismo e sa attivare risorse per ostacolare fenomeni di disadattamento e di passività; la funzione di diffusione dei linguaggi, visti come strumenti che il gruppo ha a disposizione per scoprire ed esprimere le potenzialità e le risorse di cui i membri sono portatori. La figura dell'animatore, pertanto, non può essere improvvisata, ma occorre un lungo training di lavoro su se stessi che consenta di affinare le capacità di entrare in relazione con l'altro, di imparare a gestire le proprie dinamiche e quelle altrui. L'animatore svolge la propria attività in stretto contatto con dipendenti di enti pubblici (comune, regione, provincia), con educatori, assistenti sociali.

Terapia Occupazionale

Il terapeuta occupazionale è l'operatore sanitario che opera nell'ambito della prevenzione, cura e riabilitazione dei soggetti affetti da malattie e disordini fisico-psichici sia con disabilità temporanee che permanenti, utilizzando attività espressive, manuali rappresentative, ludiche della vita quotidiana. L'obiettivo principale è quello di ricondurre la persona disabile, tenendo conto dell'età, della gravità della malattia, della prognosi e del contesto sociale in cui vive, ad una condizione di massima autonomia e indipendenza. Nel caso di anziani/e colpiti da demenza, viene utilizzata una particolare forma di terapia occupazionale che fa riferimento alla "normalità" vita quotidiana.. Si tratta soprattutto di ricostruire o utilizzare tutte quelle attività che per ciascuno, noi compresi, costituiscono la "giornata": L'intento principale cioè è quello di ricostruire per ogni persona una routine giornaliera personalizzata che faccia riferimento agli elementi biografici e di contesto noti per quella persona, quindi valori culturali e morali di riferimento, attitudini, propensioni, competenze, etc. Questa tecnica particolare, viene chiamata "**gentle care**", letteralmente cura gentile, delicata, nobile.

La musicoterapia

Tra gli interventi definiti riabilitativi, si colloca anche la musicoterapia. L'utilizzo dell'effetto distensivo e rasserenante della musica nelle persone malate, affonda le sue radici in tempi molto lontani e in tutte le culture. Ad esempio il canto gregoriano, veniva utilizzato dai monaci francesi dell'XI° secolo, per alleviare le sofferenze dei morenti.

La musica viene impiegata con finalità terapeutiche in numerose condizioni patologiche con presupposti teorici, metodi e tecniche diverse. Negli ultimi tempi, anche le demenze sono state oggetto di interesse della musicoterapia e degli altri interventi che utilizzano l'elemento sonoro-musicale, tecniche nate e sviluppatesi soprattutto in ambito psichiatrico. Il musicoterapista, attraverso l'animazione musicale, l'ascolto musicale, etc.,e degli elementi della musica (come il suono, il ritmo, melodia e armonia), in rapporto individuale o di gruppo, cerca di mantenere o potenziare abilità cognitive (la memoria, l'attenzione, la coordinazione senso-motoria, di facilitare e promuovere la comunicazione, l'espressione, la organizzazione, la migliore integrazione sul piano personale, di migliorare il comportamento della persona e la qualità della sua vita.

L' habitat

Per habitat si intende "la realtà fisica del sistema sociale e culturale",

Sono a noi ben noti il disagio urbano che caratterizza la vita delle nostre città e soprattutto quello di certi quartieri periferici delle grandi metropoli.

Le concezioni architettoniche dei quartieri moderni, l'assenza di verde, le dimensioni dello spazio, il tipo di materiali usati e infine la mancanza di infrastrutture di servizio adeguate, ledono quel primario bisogno di "appartenenza" e di "identità" di luogo e di immagine di chi vi abita, e crea in questi ultimi non poche difficoltà a riconoscersi nel proprio ambiente di vita. Il disagio e lo stress ambientali indeboliscono anche il grado di socialità degli individui, la naturale e vitale esigenza di ciascuno ad esistere e coesistere insieme. Questa dimensione esistenziale deprivata dei suoi contenuti sostanziali, si ripercuote negativamente sulla qualità della vita dei suoi abitanti e induce nei giovani, gravi forme di devianza sociale; mentre negli anziani/e può essere la causa di forme di depressione e di abbassamento dei livelli di autonomia. L'habitat urbano, concepito e ideato a prescindere dalle reali esigenze dei suoi abitanti, crea di per sè nuove barriere architettoniche che

espongono a gravi limitazioni non solamente le persone dichiarate deboli dalla società - handicappati, anziani/e, bambini e malati - ai quali finora non siamo riusciti ad offrire nemmeno scale più comode di quelle normali, ma anche il resto dei cittadini. Pensiamo ad esempio alla strutturazione dello spazio nei luoghi di assistenza, di lavoro e del tempo libero. Per non parlare poi dei cosiddetti "handicap indiretti": inquinamento acustico, paralisi del traffico, degradazione ambientale e vandalismo generalizzato.

La situazione contemporanea contribuisce a creare nuove fragilità, che vanno a sommarsi a quelle conclamate. L'uomo può essere ritenuto oggi più "fragile" in generale nei confronti dell'habitat in cui vive".

Per queste ragioni, il miglioramento dell'habitat delle persone sottoprivilegiate dal punto di vista fisico e mentale, corrisponde ad una maggiore qualità della vita di tutti.

Il Politecnico di Milano, ad esempio, studia da anni la correlazione tra i livelli di autonomia della persona fragile e i requisiti di accessibilità e sicurezza richiesti ad ambiente e prodotti. L'accessibilità dei prodotti e degli ambienti è definita dalla legislazione italiana come;"la possibilità, anche per persone con ridotta o impedita capacità motoria o sensoriale di raggiungere l'edificio e le sue unità immobiliari e ambientali, di entrarvi agevolmente e di fruirne spazi e attrezzature in condizioni di adeguata sicurezza e autonomia". Il concetto di accessibilità, supera la logica degli interventi di tipo assistenziale, volti a risolvere situazioni di emergenza o salvaguardare specifiche categorie di cittadini svantaggiati", riconoscendo all'accessibilità il ruolo di requisito base della progettazione ed integrandolo definitivamente a quello della sicurezza.

Le definizioni e le prescrizioni relative all'accessibilità, sono contenute nella L. 13/1989 e nel D.M. 236/1989, in riferimento agli interventi di edilizia residenziale, e nel D.M. 503/1996 che estende tali prescrizioni alla totalità degli edifici e degli spazi esterni pubblici e privati.

La definizione dei requisiti ergonomici

Accessibilità;

Sicurezza d'uso, definita come la salvaguardia dell'incolumità dell'utente in relazione all'impiego di spazi e elementi tecnici dell'edificio di prodotti e di attrezzature;

Riconoscibilità, cioè la possibilità che l'utente riesca a stabilire una relazione immediata con l'ambiente e gli oggetti che lo circondano;

Usabilità, ovvero la facilità nell'uso di un oggetto I principi fin qui esposti, non si riferiscono al solo domicilio dell'anziano, ma sono validi anche in ambito

istituzionale; RA, RSA, Ospedale.

Tutti questi ambienti, ma soprattutto la RA e la RSA, dovrebbero evocare nella persona una sensazione di “casa”, gli arredi e la loro disposizione essere quanto più possibile decontestualizzati dallo schema di tipo sanitario e assomigliare nella forma, nei materiali, nella disposizione a quelli di una abitazione.

Caregivers

Caregiver; letteralmente donatore di cura. (da care: prendersi cura di/giver:fornitore)

Con questo termine si intende la figura di chi è dedito in genere alla cura di persone non autosufficienti, con le relative problematiche del “custode-prigioniero”, cioè di chi prestando cure si ritrova a sua volta impossibilitato ad una vita normale. Di conseguenza un servizio sanitario che dir si voglia, deve prendere in considerazione i bisogni dell’anziano, del malato e della famiglia, in particolare del caregiver, nell’ottica di offrire la più globale cura della persona.

Il caregiver deve essere considerato un potenziale assistito dalle figure socio-sanitarie che ruotano intorno all’anziano, soprattutto nei casi in cui egli assiste una persona demente o cronica, La sua non collaborazione rischia di far saltare qualsiasi programma di cura previsto dal servizio. E dunque è molto importante pianificare il supporto ai familiari.

Il caregiver nel nostro paese è soprattutto donna, con una percentuale che supera l’80% nella fase severa di malattia. I tempi della cura (ricerca Censis), sono mediamente di 7 ore di assistenza diretta e di 11 ore di sorveglianza, che diventano rispettivamente di 10 e di 15 ore, con l’aggravarsi della malattia. Di contro il tempo libero è mediamente di 15 ore la settimana nelle fasi iniziali e di 4 ore delle fasi più avanzate. Le forme di aiuto che il caregiver riceve da altri familiari o da personale a pagamento servono nel 36,5% dei casi per la sorveglianza e nel 45,9% per le cure igieniche. I costi, sia come spese dirette che indirette (spesso il caregiver lascia il lavoro o sceglie un’attività part-time) sono rilevanti sulle condizioni psicologiche e relazionali del caregiver (non è infrequente, da parte di quest’ultimo, l’uso di ansiolitici e di antidepressivi).

Informazione, educazione e sostegno, sono tre approcci importanti e imprescindibili per la gestione stessa della malattia e della relazione con i familiari degli anziani/e che vivono in RA e di quelli i cui congiunti sono affetti da demenza,.

Educazione per far sì che le indicazioni fornite, si trasformino in modificazioni degli atteggiamenti funzionali alle esigenze dell'anziano che vive in RA o del malato, senza trascurare il rispetto per le necessità del caregiver.

Sostegno, ossia quell'insieme di aiuti che consentono al caregiver, di sentirsi meno solo e abbandonato nel complesso e impegnativo compito di gestione dell'anziano e dalla persona malata.

Altrettanto utile e confortante per il caregiver può essere la partecipazione a "gruppi di parenti" (auto-mutuo-aiuto o gruppi di congiunti fruitori di un medesimo servizio) che consente il confronto diretto fra persone che condividono la medesima esperienza

Formazione in Geriatria

"Il miglioramento del livello di salute delle persone anziane nei prossimi anni dipenderà per larga parte dalla formazione specialistica in gerontologia del personale di assistenza, nonché dall'informazione della popolazione in generale circa le problematiche dell'invecchiamento mediante adeguata educazione sanitaria. Uno stretto legame unisce obiettivi strategici individuati nel progetto obiettivo anziani/e (anziani/e non autosufficienti e a rischio di perdita dell'autonomia, grandi vecchi, anziani/e soli, malati, terminali, ...), con gli strumenti individuati per realizzare detti obiettivi (ADI, RSA, Distretti, Unità di Valutazione Geriatrica, ...) di cui la "formazione" è forse il più importante" (Allegato n° 6 del POA)

Il documento dedica ampio spazio ai contenuti e alle metodologie didattiche dei programmi di formazione, auspicando percorsi omogenei su tutto il territorio nazionale in linea con le indicazioni generali. Al fine di agevolare l'acquisizione di una nuova cultura e mentalità geriatrica, di cui occorre tenere conto nella predisposizione dei programmi universitari, il POA prevedeva inoltre l'istituzione di corsi di riqualificazione e di aggiornamento permanenti per gli operatori geriatrici già operanti, nonché la revisione dei programmi delle scuole di formazione per infermieri, fisioterapisti, ecc., molto carenti per quanto attiene alla didattica geriatrica.

In questi anni, le Facoltà Mediche continuano a manifestare una persistente incapacità nell'affrontare i problemi emergenti. Il numero dei medici geriatri è inadeguato al crescente numero di anziani/e, è inattuata la formazione geriatrica per gli operatori che si occupano di anziani/e.

Educazione e formazione permanente

L'educazione alla vecchiaia, sta ad indicare l'insieme d'insegnamenti, il cui apprendimento e la cui attuazione dovrebbe condurre al fine ultimo di una vecchiaia vitale e attiva. Le modalità di attuazione di un programma di educazione nella terza età, in senso strettamente pratico, richiede prima di tutto il ruolo fondamentale dei medici e degli operatori sanitari e sociali, ai quali spetta il compito impegnativo e non facile di suggerire al cittadino regole di vita adatte ad una buona gestione del proprio invecchiamento, anche e soprattutto, sul piano igienico e della prevenzione primaria: conoscere i vari fattori di rischio, controllare la giusta alimentazione, promuovere l'attività fisica, insegnare a proteggersi dall'inquinamento ambientale, a non sottovalutare i problemi dell'alcol come fattore d'invecchiamento accelerato, etc.

Decisivi sono, inoltre, tutti quei programmi legati all'"educazione continua e l'apprendimento per tutta la vita" che nell'età anziana si traducono, ad esempio, in istituzioni come le Università per la Terza Età. Tali Organismi rappresentano uno strumento prezioso di promozione culturale e di mantenimento e sviluppo delle capacità fisiche e mentali degli anziani/e.

Le numerose ricerche scientifiche nazionali ed internazionali, convergono all'unanimità, nell'affermare che le persone con alti livelli di istruzione o che mantengono alto il loro progetto di vita, vivono più a lungo di quelle con bassi livelli di scolarizzazione, soprattutto se legate a bassi livelli di reddito, solitudine, stato generale di salute. Questi legami, si rendono ancor più evidenti nell'Alzheimer.

Definizione di "demenza"

La demenza è un disturbo acquisito e con base organica delle funzioni intellettive che sono state in precedenza acquisite: memoria (a breve e lungo termine) e almeno una tra pensiero astratto, capacità critica, linguaggio, orientamento spazio temporale, con conservazione dello stato di coscienza vigile. (dal Manuale Diagnostico e Statistico IV,1994)

Oggi, circa il 5% della popolazione over 65 anni è affetto da demenza, addirittura il 30% degli over 85. Si ritiene che poco più della metà dei dementi sia affetto dalla malattia di Alzheimer, il 15% circa da demenza su base (demenza vascolare), il 15% da forme miste ed il restante 15% da forme di varia natura, tossica, traumatica, tumorale, infettiva, etc. In

Italia ne soffrono circa 500 mila persone, nel mondo 18 milioni, con una netta prevalenza di donne

Il morbo di Alzheimer è una demenza progressiva invalidante senile. La sua scoperta è avvenuta nel 1926 ad opera dello scienziato Alois Alzheimer. Le persone affette da Alzheimer iniziano dimenticandosi piccole cose, poi mano a mano le dimenticanze aumentano e la perdita della memoria arriva anche a cancellare i parenti e le persone care. Una persona colpita dal morbo può vivere anche una decina di anni dopo la comparsa della malattia. Col progredire della malattia le persone non solo dimenticano, ma perdono la capacità di parlare e di muoversi autonomamente necessitando anche di continua assistenza personale. Uno spazio e un ambiente di vita familiare e rassicuranti, rappresentano oggi uno dei pochi strumenti terapeutici che la scienza possiede, in mancanza della piena conoscenza dell'origine della malattia e di trattamenti efficaci per curarla. Per questo motivo, negli ultimi anni, sono nate nuove strutture pregettate proprio per i malati di Alzheimer: sono i caffè Alzheimer, i giardini odorosi per l'Alzheimer, etc.

Morbo di Parkinson

Il morbo di Parkinson è una patologia dovuta alla degenerazione e alla morte di alcuni neuroni essenziali per il controllo dei movimenti corporei. Detta anche paralisi agitante, fu descritta per la prima volta nel 1817 dal medico inglese J. Parkinson (1755-1824).

Questa patologia colpisce generalmente soggetti oltre i cinquant'anni, con una leggera prevalenza per il sesso maschile; attualmente in Italia ci sono più di 200.000 malati di Parkinson, con circa 1.200 nuovi casi l'anno.

Parte sesta

La partecipazione ai costi: la retta

La retta, costituisce il corrispettivo economico che un cittadino che vive in una struttura residenziale, sia essa pubblica o privata, paga all'Ente Gestore, in relazione alla tipologia del servizio offerto ed in relazione alle sue necessità assistenziali. E' anche il corrispettivo economico che la Regione - con la quota sanitaria -, il Comune - con la parte assistenziale in caso di povertà dell'utente - trasferisce ai soggetti erogatori del servizio pubblico o privato che sia. Come si evince dal lavoro fin qui svolto, l'attenzione alla qualità dei servizi socio-sanitari residenziali, l'aumento della complessità dell'intervento richiesto all'interno di essi, hanno portato il Dipartimento a farsi carico di approfondite analisi, sia dal punto di vista complessivo circa l'organizzazione qualitativa e quantitativa del servizio, sia per ciò che riguarda i costi.

Dall'indagine svolta in collaborazione con le strutture regionali Fnp, si è evidenziata la notevole differenza e disomogeneità degli importi e della composizione delle voci che creano la retta in relazione alle diverse forme di servizio. Abbiamo dunque un panorama estremamente vario, non solo tra regione e regione, ma tra la stessa regione e le varie realtà territoriali ivi presenti. La normativa, spesso disattesa, si presenta anche inadeguata e in continua evoluzione. Anche la tipologia è molto diversificata tra Regione e Regione, così come le definizioni date a ciascuna: Comunità alloggio, Residenza Protetta (RP), Residenza Assistita (RA), Residenza Sociale (RS), Residenza Assistenziale Flessibile (RAF), Residenza Assistita Alberghiera (RAA), Case Albergo, Residenze Assistite di Base (RAB), Centri Diurni e Centri Diurni Integrati, Centro Aperto Polivalente, Case di Soggiorno. . Ciò crea una situazione molto confusa, dalle conseguenze talvolta drammatiche per i cittadini/utenti e i loro familiari, che devono ricorrere a questi servizi.

Non è un caso che il problema dell'assistenza residenziale, figuri tra le priorità nazionali e sia attualmente oggetto di ricerca del Ministero della Salute, che con il *Progetto Mattoni*, in particolare il *Mattoni n°12*, intende mettere ordine a questa confusa materia, per arrivare ad una classificazione omogenea delle prestazioni residenziali e semiresidenziali e dei relativi costi.

Fino ad oggi, l'Atto di Indirizzo e Coordinamento, in cui viene stabilita la quota a carico del Fondo Sanitario Regionale pari al 50% e il rimanente 50% a carico del Comune (per una maggiore chiarezza del problema, abbiamo allegato un elenco-tipo di voci che compongono la retta), non ha risolto le questioni di fondo del problema. Intanto, i tre sindacati pensionati CGIL, CISL e UIL in occasione della presentazione del Piano Sanitario Nazionale 2006, hanno avanzato la richiesta di portare al 60% l'importo a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Successivamente, nella proposta del Progetto Obiettivo 2006, anche a seguito di ulteriori aumenti del costo della retta, la richiesta è stata quella di aumentarla fino al 70%.

Per quanto riguarda le RSA la retta giornaliera, viene definita dalla Giunta Regionale quale remunerazione massima da corrispondere a soggetti erogatori pubblici o privati accreditati ed è stata affrontata in modo differenziato fra le varie Regioni.

“Un orientamento è il seguente

- per la gestione diretta Ausl
 - *fino al 30esimo giorno di ricovero, gli oneri sono a totale carico dell'Ausl;*
 - *dal 31esimo giorno, la quota relativa alle spese alberghiere è a carico dell'assistito;*

- per la gestione diretta da parte del soggetto pubblico o privato accreditato o convenzionato:
 - *fino al 30esimo giorno, il totale della retta è corrisposto dall'Ausl a favore del soggetto pubblico o privato convenzionato;*
 - *dal 31esimo giorno di ricovero, il soggetto gestore percepisce la quota relativa alle spese alberghiere, direttamente dall'utente e la restante parte della retta da parte dell'Ausl*

- gestione combinata tra ausl e soggetto pubblico o privato convenzionato con la stessa:
 - *l'ausl corrisponde al soggetto la quota parte inerente il settore di attività convenzionato; qualora l'attività convenzionata sia relativa al settore alberghiero, dal 31esimo giorno, la quota della retta corrispondente a tali spese è corrisposta al soggetto convenzionato, direttamente dall'utente.”⁷*

Le Regioni hanno inoltre fissato le relative tariffe, classificando gli utenti entro tre livelli assistenziali, ciascuno connesso ad un Piano di assistenza individualizzato:

- Alto livello assistenziale
- Medio livello assistenziale
- Basso livello assistenziale

Invece, per quanto riguarda le altre tipologie di strutture: Case di Riposo, Comunità Alloggio, Residenze Assistite, Residenze Protette, etc., la retta, escludendo la parte sanitaria, a carico della AUSL, viene stabilita dal Comune o dal Consiglio di Amministrazione degli Enti gestori delle strutture

⁷ *Colombini L, “I servizi residenziali per gli anziani/e nella legislazione statale e regionale”, in **Oggidomani Anziani/e**, n. 3, Roma 2006.*

Allegati

scheda n° 2

MODELLO DI COMPOSIZIONE STANDARD DELLA RETTA

In sintesi, le aree entro cui possono essere catalogate le specifiche voci di costo sono:

A) COSTI SANITARI

100% a carico del Fondo San. Regionale

- Medicina - Diagnosi e cura
- Specialistica
- Infermieri e coord. sanitario
- Terapia di riabilitazione
- Farmaci
- Dispositivi medici correnti
- Alimentazione artificiale
- Trasporto anziani/e a carico del SSN
- Formazione

B) COSTI ASSISTENZIALI:

50% a carico del FSR, per le spese a rilevanza sanitaria

50% a carico del Comune con la partecipazione dell'Utente

- Coordinatore di struttura
- Responsabile di nucleo

- Assistenza di base (OTA/Operatore Tecnico di Assistenza – OSS/Operatore Sanitario Specializzato)
- Animatore/Terapista
- Obiettore servizio civile
- Assistenza religiosa
- Presidi per medicazioni
- Presidi per incontinenti
- Altri trasporti sanitari utenti
- Formazione

C) COSTI ALBERGHIERI

100% a carico del Comune con la part. dell'Utente

- Pulizie
- Lavanderia e guardaroba
- Giornata alimentare
- Parrucchiere – callista – attività ricreative
- Divise e strumenti di lavoro
- Materiale di consumo
- Altri beni economici
- Riscaldamento
- Utenze: acqua – energia – tel. – tv
- Amministrazione

D) COSTI EDILIZI:

50% a carico del FSR

50% a carico del Comune, con la partecipazione dell'Utente

- Manutenzione ordinaria
- Manutenzione straordinaria immobili
- Ammortamento beni mobili
- Spese di trasporto
- Ammortamento oneri finanziari
- Ribaltamento spese generali

Progetto Mattoni.

Definizione

Dal 2002 è in corso la progettazione e implementazione del ***Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS)***

Nel corso del progetto NSIS è nata la necessità di avere dati classificati e codificati in modo omogeneo e metodi di misura uniformi dell'assistenza, erogata sul territorio nazionale. Il progetto, parte dalla necessità di disporre di un linguaggio comune per consentire l'interscambio informativo con i sistemi sanitari regionali. In particolare è necessario disporre di dati classificati e codificati in modo omogeneo, di approcci omogenei per la creazione del SSN locale, di metodologie condivise per la costruzione delle misure per il bilanciamento tra qualità e costi nel sistema sanitario. A questi elementi comuni è stato dato il nome di "Mattoni" del Servizio Sanitario Nazionale. La costruzione dei "mattoni" ha richiesto l'avvio di un'ampia progettualità, con la creazione di numerosi gruppi di lavoro sulle diverse tematiche e con la partecipazione di un numero molto ampio di referenti regionali. Questa importante iniziativa, se da una parte ha l'obiettivo di produrre concretamente i diversi "mattoni" del SSN, dall'altra rappresenta un'opportunità formativa unica. Attraverso il lavoro fianco a fianco sullo sviluppo di modelli innovativi, sarà infatti possibile costruire e diffondere nei quadri dirigenziali regionali, una base culturale omogenea per tutto il Sistema Sanitario Nazionale. Ogni gruppo di lavoro prevede una regione capofila (su alcuni filoni è capofila l'Agenzia dei Servizi Sanitari Regionali, che inoltre stipula convenzioni con le regioni capofila per la gestione finanziaria dei gruppi di lavoro), affiancata da una regione associata. Il Ministero della Salute esercita, congiuntamente con la Cabina di Regia, una funzione di supervisione complessiva del progetto, svolge un ruolo attivo nell'integrazione con i lavori della Cabina di Regia, partecipa ai Gruppi di Lavoro (in particolare con la Direzione generale della Programmazione e quella del Sistema Informativo). E' nato così, a partire dal 2003, un vero e proprio programma in cui sono coinvolte direttamente le Regioni, organizzate in 15 gruppi di progetto

I 15 mattoni del Sistema Sanitario Nazionale sono:

1. *Classificazione delle strutture*
2. *Classificazione delle prestazioni ambulatoriali*
3. *Evoluzione del sistema DRG nazionale*
4. *Ospedali di riferimento*
5. *Standard minimi di quantità di prestazioni*
6. *Tempi di attesa*
7. *Misura dell'appropriatezza*
8. *Misura dell'outcome (letteralmente sta per “venir fuori”, ossia la descrizione dei risultati di un trattamento sanitario: esempio secondo il tipo di terapia, è possibile vedere qual'è il numero dei pazienti guariti, il miglioramento del battito cardiaco o della qualità della vita, etc.)*
9. *Realizzazione del Patient File (Cartella Clinica Elettronica Nazionale)*
10. *Prestazioni farmaceutiche*
11. *Pronto soccorso e sistema 118*
12. *Prestazioni residenziali e semiresidenziali*
13. *Assistenza primaria e prestazioni domiciliari*
14. *Misura dei costi del SSN*
15. *Assistenza sanitaria collettiva*

Mattone n° 12

PRESTAZIONI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI

Un sistema di classificazione omogeneo per le prestazioni residenziali e semiresidenziali

L'obiettivo di questo Mattone consiste nel definire una base informativa comune per le prestazioni residenziali e semiresidenziali, su cui costruire un sistema di classificazione omogeneo a livello nazionale, per la rilevazione delle prestazioni erogate a favore di soggetti non autosufficienti, non assistibili a domicilio: anziani/e, disabili fisici, psichici e sensoriali e pazienti psichiatrici in fase di lungodegenza I lavori del Mattone porteranno all'individuazione di un Modello per la rilevazione delle prestazioni di assistenza residenziale e semiresidenziale a lungo termine e riabilitativa, del relativo flusso informativo e delle relative

prestazioni di assistenza residenziale., del sistema di accreditamento, degli indicatori di qualità, di un sistema di controlli, degli standard di personale Al momento attuale sono stati analizzati i principali strumenti (RUG, SOSIA, SVAMA)⁸, adottati nelle varie regioni, per la classificazione dell'utente in base alle sue condizioni cliniche e delle relative prestazioni in regime di residenzialità. E' stata definita la "Scheda per la rilevazione del flusso informativo nazionale per le prestazioni a lungo termine residenziali e semiresidenziali per anziani/e ". Infine, è in fase di definizione la metodologia per la classificazione delle prestazioni per l'area della riabilitazione residenziale.

Il Gruppo di Lavoro è così composto: Regione Marche (Capogruppo), P.A. Bolzano (Associata), Regione Basilicata, Regione Friuli Venezia Giulia, Regione Lombardia, Regione Emilia Romagna, Regione Liguria, Ministero della Salute, ASSR.

⁸ *Vedi pagine pp. 73-74-75*

Appendice

Scheda riassuntiva per interventi vertenziali presso i servizi residenziali per anziani/e

Gli Statuti Comunali rappresentano la base fondamentale per lo sviluppo della comunità locale e da cui partire per avviare azioni vertenziali a favore dei servizi socio-sanitarie rivolte agli anziani/e.

Il Comune nella figura del Sindaco e degli Assessori, **rappresenta l'interlocutore elettivo.**

Le Residenze socio-sanitarie per anziani/e fanno parte a pieno titolo nella rete dei servizi. La Legge 8 novembre 2000, n° 328 ("Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. (art.10 "Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza) è senza dubbio la base da cui partire.

Secondo la 328 e per ciò che più strettamente ci riguarda, **il Comune (art. 6):**

- *programma, progetta e realizza il sistema locale dei servizi sociali a rete*
- *eroga i servizi sociali*
- *eroga le prestazioni economiche, tranne quelle indicate all'articolo 22*
- *alla sua competenza sono trasferite le attività assistenziali già di competenza delle province*
- *eroga i "titoli per l'acquisto dei servizi sociali"*
- *autorizza i soggetti privati erogatori di servizi in conformità con i requisiti stabiliti dalla Regione*
- *accredita i soggetti privati erogatori di servizi al fine di includerli nel circuito del sistema integrato, in conformità con i requisiti stabiliti dalla Regione*
- *vigila sui servizi sociali pubblici e privati e sulle strutture residenziali e semiresidenziali. Se, infatti, alle regioni spetta la definizione dei requisiti minimi per la gestione dei servizi e per l'erogazione delle prestazioni, ai comuni spetta la verifica*
- *promuove lo sviluppo delle risorse della collettività locale: gruppi di autoaiuto, forme di reciprocità dei cittadini;*
- *coordina programmi e attività degli enti che operano nell'ambito di competenza reciprocità dei cittadini*

- *valuta le prestazioni*
- *promuove la partecipazione attiva ed effettua forme di consultazione con le organizzazioni sindacali, con il terzo settore, con il patronato e con le associazioni di tutela degli utenti, in merito alla programmazione, alla realizzazione e alla verifica della qualità e dell'efficacia dei servizi*
- *garantisce ai cittadini il diritto di partecipazione al controllo della qualità secondo le modalità previste dagli statuti comunali*
- *il comune di residenza si assume gli obblighi di integrazione economica a favore dei soggetti che necessitano di ricovero stabile in strutture residenziali*

Al fine di una maggiore completezza, si illustrano qui di seguito rispettivamente le competenze della Regioni e dello Stato.

Le Regioni, secondo la 328/2000 (art. 8, 5,11) succintamente devono:

- *predisporre i piani regionali*
- *definire le politiche per gli interventi integrati (sociali, sanitari, educativi, di lavoro, ambiente, sanità, istruzione, etc.*
- *sperimentare modelli innovativi di servizi*
- *elaborare strumenti per valutare l'efficienza e i risultati dei servizi*
- *fissare i criteri per autorizzare e accreditare strutture ed esercizi a gestione pubblica o privata*
- *disciplinare le modalità per il rilascio di autorizzazioni da parte dei comuni ai soggetti del terzo settore per l'erogazione dei servizi sperimentali... etc.*
- *istituire i Registri dei soggetti autorizzati ad erogare servizi sulla base di indicatori di qualità*
- *definire i requisiti di qualità per la gestione dei servizi e l'erogazione delle prestazioni*
- *definire i criteri per determinare il concorso da parte degli utenti del costo delle prestazioni*
- *definire i criteri per definire le tariffe che i comuni pagano ai soggetti accreditati*
- *disciplinare le modalità per la presentazione dei reclami da parte degli utenti*
- *predisporre e finanziare i piani di formazione e l'aggiornamento del personale addetto alle attività sociali*
- *disciplinare le modalità per valorizzare l'apporto del volontariato nell'erogazione dei servizi*

- etc.

Lo Stato invece deve (art. 9,5,10,18 della 328):

- *predisporre ogni tre anni, il Piano nazionale dove vengono definiti i principi e gli obiettivi della politica sociale*

Il Piano nazionale 2001-2003, introduce il metodo della programmazione partecipata

- *individuare i livelli essenziali delle prestazioni*
- *fissare i requisiti minimi per l'autorizzazione delle strutture e dei servizi a ciclo residenziale*
- *stabilire gli indirizzi generali per i rapporti tra enti locali e Terzo settore*
- *determinare i requisiti e i profili professionali di chi opera nel camposociale*
- *esercitare i poteri sostitutivi in caso di riscontrata inadempienza delle Regioni*
- *ripartire le risorse del fondo nazionale per le politiche sociali*

Strumenti legislativi

- **Statuti delle strutture residenziali**
- **Carte dei Servizi (L 328/2000.** *I soggetti erogatori dei servizi, sia pubblici che i privati, debbono adottare una "Carta dei servizi). Essa costituisce il requisito necessario ai fini dell'accreditamento dei soggetti privati come erogatori dei servizi. Nella carta dei servizi sociali, sono definiti i criteri per l'accesso ai servizi, le modalità del relativo funzionamento, le condizioni per facilitarne le valutazioni da parte degli utenti e dei soggetti che rappresentano i loro diritti, nonché le procedure per assicurare la tutela degli utenti"(art. 13, comma 2)*
- **Legislazioni regionali** attuative della 328 o in mancanza sostitutive della 328.
- **D.L. 30 dicembre 1992, n. 502** *"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421(di cui segnaliamo l'art. 14 riguardante la Partecipazione dei Cittadini)*
- **Decreto Legislativo 1993, n° 517, del 7 dicembre 1993,** *" Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n 502.*
- **Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997.** *"Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e*

di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”.

- **Decreto Legislativo n. 229, del 19 giugno 1999** “Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale” a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998 n. 419
(...)
- **DPCM 14 febbraio 2001, D.P.R. 14/01/1997** “Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”.
- **D.L. 4 maggio 2001, n. 207** “Riordino del sistema delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, a norma dell'articolo 10 della legge 8 novembre 2000, n. 328”.
- **Decreto 21 maggio n° 308/2001** “Requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, a norma dell'art. 11 della legge n° 328/00”
In sintesi si tratta delle norme per l'accreditamento dei servizi.
- **Legge Costituzionale 18 ottobre n° 3/2001** “Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione”
- **DGR 5910 del 22 aprile 2002 n° 57** “ Funzioni delegate di vigilanza sulle IPAB e sulle persone giuridiche di diritto privato”

Disabilità/Abbattimento barriere architettoniche/Congedi parentali: principali norme nazionali

- Legge 5 febbraio 1992, n° 104 “**Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate**”
- Decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1996, n° 503 “**Regolamento recante norme per l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici, spazi e servizi pubblici**”
- Decreto Ministeriale – Ministero dei Lavori Pubblici 14 giugno 1989, n° 236 “**Prescrizioni tecniche necessarie a garantire l'accessibilità, l'adattabilità e la**

visibilità degli edifici privati e di edilizia residenziale pubblica sovvenzionata e agevolata, ai fini del superamento e dell'eliminazione delle barriere architettoniche”

- Legge 9 gennaio 1989 n° 13 “Disposizioni per favorire il superamento e l’eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati”
- Legge 8 marzo 2000, n° 53 “ *Disposizioni per il sostegno della maternità e della paternità, per il diritto alla cura e alla formazione e per il coordinamento dei tempi delle città*”

LE IPAB

Le Ipab (Istituti Pubblici di Assistenza e Beneficenza), pur mantenendo un ruolo autonomo, hanno da sempre affiancato e supportato gli enti pubblici, istituzionalmente preposti ad erogare servizi socio-assistenziali. Oggi le IPAB in Italia, sono 4.200, danno lavoro a circa 60.000 persone a livello nazionale e gestiscono un patrimonio valutato attorno ai 19 miliardi di euro in tutto il Paese).

Nel 2000 è stata approvata la legge quadro nazionale n. 328 che ha ridisegnato il nuovo Stato sociale e ha stabilito i principi di riordino delle Istituzioni di Pubblica Assistenza e Beneficenza che da enti autarchici, diventano realtà integrate a pieno titolo nel sistema territoriale dei servizi socio-sanitari.

Sulla base del D.L. n. 207 del 4 maggio 2001 e della Legge Cost. n. 3 del 18 ottobre 2001, modifica Titolo V° della Costituzione, è compito delle Regioni ridefinire l’ordinamento di queste Istituzioni e la loro trasformazione in Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona o persone giuridiche di diritto privato. L’ambito territoriale di attività delle nuove aziende è rappresentato di norma dai distretti. Le aziende manterranno un’autonomia statutaria o “specificità statutaria”, contabile, finanziaria, gestionale e patrimoniale, nell’ambito di criteri e principi che verranno stabiliti da ogni singola regione.

La 328/2000 e il D.L. n° 207, prevedono inoltre:

- ***l’inserimento delle ex IPAB*** nel sistema locale dei servizi e la loro partecipazione alla programmazione socio-sanitaria locale e alla realizzazione degli interventi contemplati dai Piani di Zona.
- ***le forme di controllo, vigilanza e verifica*** da parte dei Comuni in coordinamento con le Province sull’attività delle aziende; la Regione invece esercita funzioni di

monitoraggio e di controllo generale sui risultati di gestione del sistema delle aziende.

- **gli incentivi per le fusioni** e la valorizzazione del patrimonio delle aziende finalizzato a garantire lo sviluppo e il potenziamento del sistema integrato di interventi e servizi sociali.
- **l'adozione** di forme gestionali privatistiche riguardo al personale e ai contratti.
- la separazione **della gestione dei patrimoni da quelle dei servizi**.
- la promozione **della depubblicizzazione "libera" degli enti di cui all'art. 91 della legge n. 6972 del 1980 (D.L.vo 207/2001)**
- **l'estinzione** , in alcuni casi, delle attuali Ipab.

Alle Regioni è invece affidata la trasformazione obbligata in aziende delle IPAB che erogano direttamente servizi di assistenza, purchè abbiano le dimensioni e i parametri sufficienti determinati, secondo l'attuale normativa, dalle regioni stesse; lo stesso vale anche per quelle che svolgono non esclusivamente attività diretta. Per quelle al di sotto delle dimensioni previste e per quelle che svolgono esclusivamente attività indiretta, vi è la possibilità di fondersi e trasformarsi in aziende o in fondazioni o associazioni di diritto privato. Il concetto di dimensione - definito sulla base del territorio servito dalla istituzione, della tipologia dei servizi erogati, della complessità delle attività svolte, del numero e la tipologia degli utenti e del volume di bilancio e di patrimonio, segna il confine tra azienda pubblica e privata.

Le Istituzioni invece che hanno i requisiti del D.P.C.M. del 16 febbraio del '90, cioè *Istituzioni per le quali sia alternativamente accertato il carattere associativo o la natura di istituzione promossa e amministrata da privati oppure, infine, l'ispirazione educativo-religiosa (Ipab scolastiche), possono trasformarsi in persone giuridiche di diritto privato.*

Le Regioni devono disciplinare i procedimenti per le fusioni, le estinzioni, per la costituzione delle aziende e per la trasformazione in persone giuridiche di diritto privato approvandone i relativi statuti.

Riguardo l'autonomia, le aziende dovranno uniformare la loro attività a criteri di efficienza, efficacia e quindi di razionalità economica per il raggiungimento di una socialità dei fini.

L'assetto contabile si realizzerà sulla base degli indirizzi e degli schemi predisposti dalla Regione, si va verso una contabilità economica e il modello di riferimento è quello delle Aziende sanitarie locali.

Alla Regione spetta inoltre di monitorare e di controllare la gestione dei patrimoni delle aziende e la promozione di strumenti, anche di natura privata, per la gestione dei patrimoni stessi, ipotizzando una gestione professionale del patrimonio, separata da quella dei servizi, quindi ottimizzare le rendite delle aziende, per la realizzazione dei fini assistenziali evitando nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Infine, alle Regioni, il compito di determinare i criteri per i compensi spettanti agli amministratori e ai direttori.

DIPARTIMENTO POLITICHE SOCIO-SANITARIE E AMBIENTALI