



*16 Marzo 2012*

Le Residenze Sanitarie Assistenziali tra aumento  
del bisogno e restrizione dei finanziamenti.

Corrado Carabellese



ESSENDO LA CORRELAZIONE NON LINEARE, COME SI IDENTIFICA IL PUNTO DEI SERVIZI SANITARI AL DI SOTTO DEL QUALE NON E' POSSIBILE ANDARE?

**Il lavoro di equipe, quale meccanismo operativo, si inserisce diversamente in organizzazioni deputate alla produzione di beni piuttosto che in organizzazioni create per la produzione di servizi.**

Un **bene** è un risultato tangibile, misurabile, prevedibile e confezionabile *a priori*. Un bene può essere prodotto prima del suo consumo e può essere immagazzinato. Solitamente per la produzione di un bene sono particolarmente rilevanti le materie prime introdotte nel processo e la tecnologia utilizzata. **Ha invece poca rilevanza la risorsa umana; o meglio, essa è di estrema necessità nella fase di progettazione del bene.** Per la produzione di mattoni è necessaria una buona progettazione, altamente sofisticata entro tecnostutture, l'utilizzo di materie prime di qualità e il possesso di tecnologia avanzata ed affidabile. Tutto il sistema può essere abbastanza controllato e verificato.

#### **IL LAVORO D'EQUIPE**

*Edoardo Manzoni*

*Direttore Esecutivo Istituto Poverelle, Bergamo*

**Il lavoro di equipe, quale meccanismo operativo, si inserisce diversamente in organizzazioni deputate alla produzione di beni piuttosto che in organizzazioni create per la produzione di servizi.**

Un **servizio** è un contributo intangibile che si crea nel momento in cui avviene la relazione interpersonale tra l'operatore – il professionista – e il cliente. Il servizio non può essere confezionato *a priori* e, nella realizzazione dello stesso, **appare determinante l'elemento risorsa umana**. Nella creazione di un servizio hanno meno influenza le materie prime adoperate e la tecnologia; esso si basa essenzialmente sulla capacità di giudizio e di risoluzione dell'operatore. Una organizzazione che opera nel sistema dei servizi può avere le migliori condizioni ambientali, il massimo livello di conoscenza, il più spiccato sistema di dirigenza, ma tutto (tutto!) si gioca e si realizza nell'originale e sempre nuovo incontro tra il professionista ed il cliente. Il servizio si realizza in quest'incontro di *personal intensity*. Persino il cliente non è indifferente al sistema di produzione del servizio, esso ne è parte fondamentale fino a divenire coproduttore. Si conia in tal senso il termine di *prosumer* (unione di produttore e consumatore). E' il caso dei servizi educativi, dei servizi sanitari, dei servizi socio-assistenziali.

**IL LAVORO D'EQUIPE**

*Edoardo Manzoni*

*Direttore Esecutivo Istituto Poverelle, Bergamo*

Le strutture che producono servizi si configurano invece come piramidi rovesciate. La base, a questo punto divenuta vertice, è rappresentata dagli operatori fortemente connaturati in autorità (sul cliente) e responsabilità. Il vertice, ora alla base, è rappresentato da una **dirigenza costituita da persone che per capacità e competenza si pongono a servizio degli operatori per far sì che gli stessi possano erogare il servizio atteso.** (Figura 2) Spesso, tali dirigenti hanno, oltre ad una preparazione manageriale, una specifica identità professionale che consente loro di comprendere le modalità produttive del servizio. E' il caso dei direttori sanitari nelle Residenze Sanitarie Assistenziali. Essi sono, nel contempo, medici e organizzatori.

## **IL LAVORO D'EQUIPE**

*Edoardo Manzoni*

*Direttore Esecutivo Istituto Poverelle, Bergamo*

# Predicting nursing home admission in the U.S: a meta-analysis

Joseph E Gaugler<sup>\*1</sup>, Sue Duval<sup>2</sup>, Keith A Anderson<sup>3</sup> and Robert I Kane<sup>4</sup>

BMC Geriatrics 2007, 7:13 doi:10.1186/1471-2318-7-13

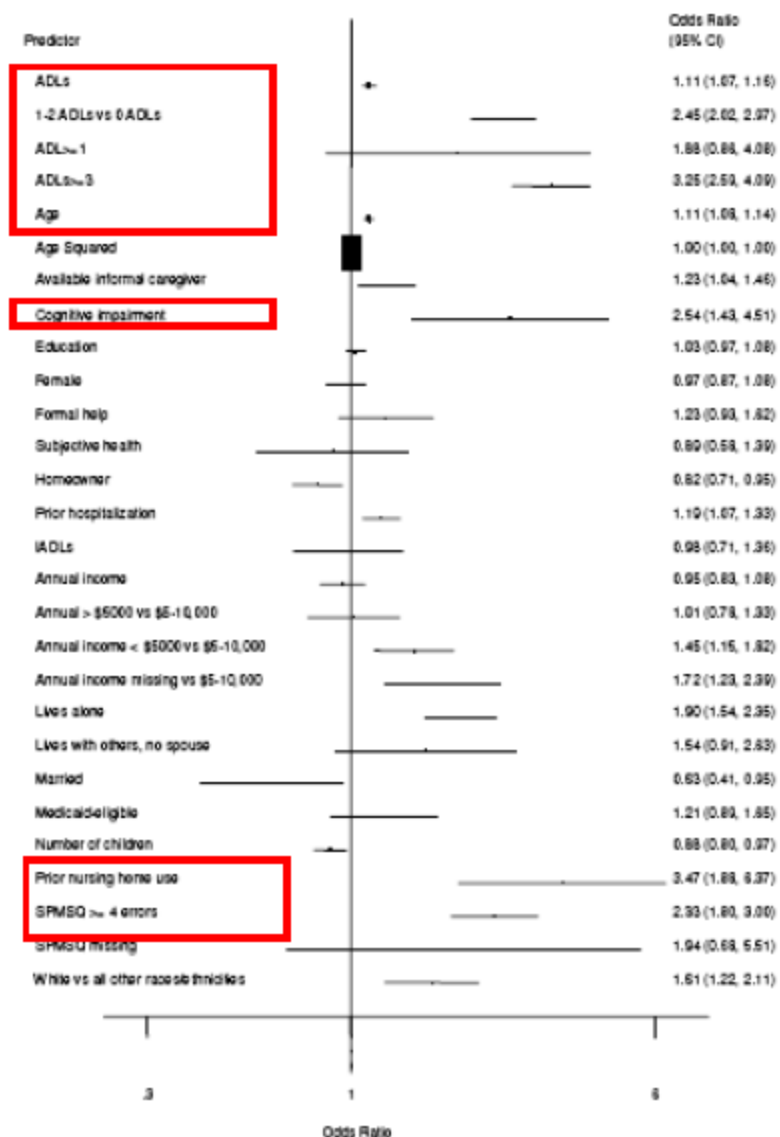


Figure 2  
Predictors of nursing home admission: Logistic regression results (NOTE: ADL = activities of daily living; IADL = instrumental activities of daily living).

Il Progetto Obiettivo Anziani 1992 con legge Nazionale istituisce le **Residenze Sanitarie Assistenziali da inserire nella SSN.**

Strutture Residenziali accolgono Anziani disabili non gestibili al proprio domicilio.  
(principio di appropriatezza: lega la RSA al domicilio).

La Regione Lombardia recepisce e trasforma tutte le Strutture Protette in Residenze Sanitarie Assistenziali.

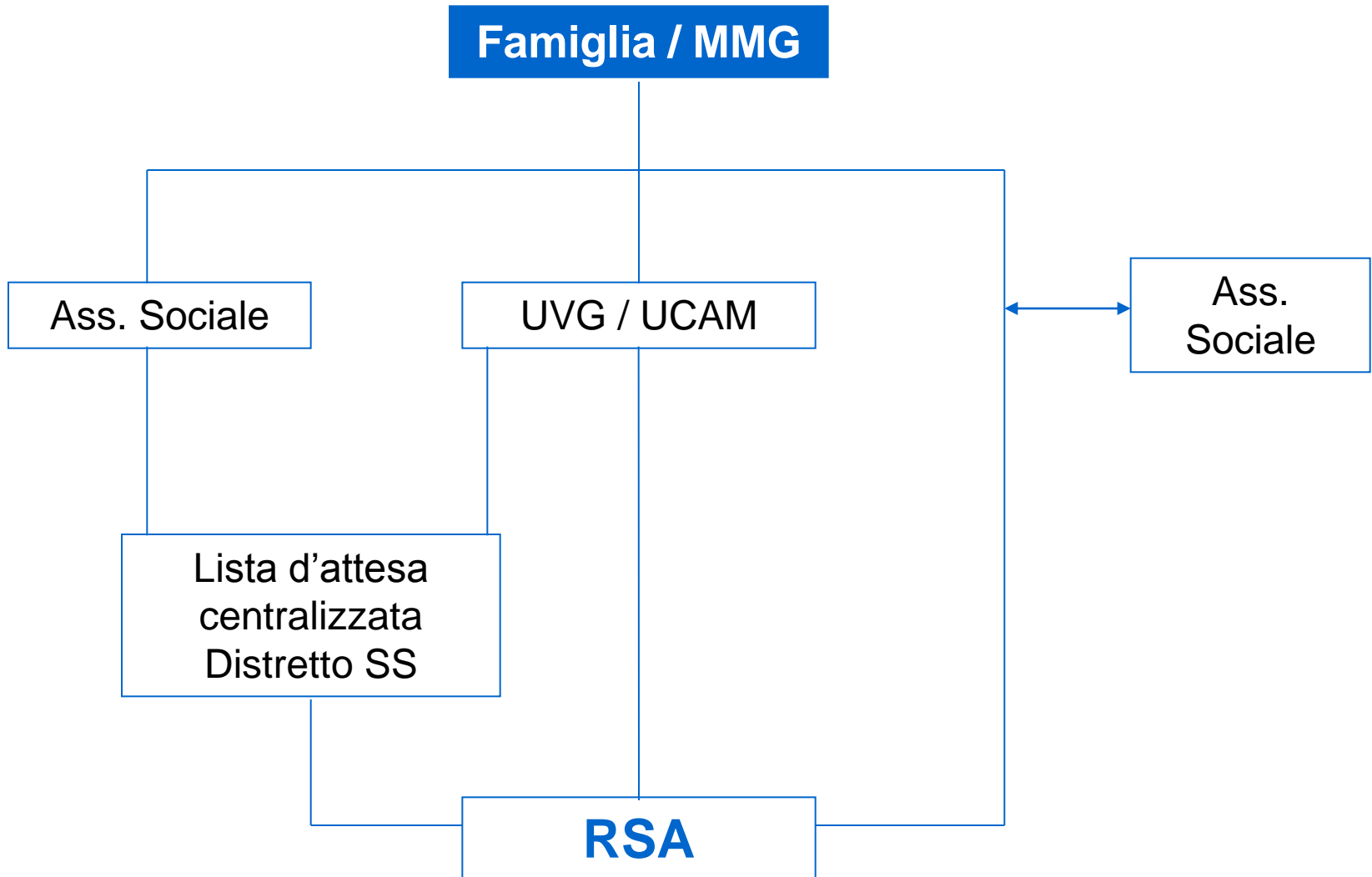
# Le motivazioni del ricorso all'istituzionalizzazione

- ✓ Carico psico-fisico
- ✓ Senso di isolamento
- ✓ Percezione di inadeguatezza
- ✓ Difficoltà familiari
- ✓ Problemi di salute

## Le conseguenze del caregiving sulla salute

- Ansia e depressione
- Disturbi del sonno, stanchezza, ricorso ai farmaci
- Caregiving come fattore di rischio indipendente di mortalità (*Schultz et al, 1999*)





2<sup>o</sup> Supplemento Straordinario - Martedì 14 dicembre 2010



Regione  
Lombardia

REPUBBLICA ITALIANA

# BOLLETTINO UFFICIALE

## SOMMARIO

### C) GIUNTA REGIONALE E ASSESSORI

Deliberazione Giunta regionale 1 dicembre 2010 - n. 9/937

(3.2.0)

Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2011 . . . . . 58

## **Unità di offerta ed interventi di nuova budgettizzazione**

A decorrere dal 2011 vengono assoggettate a budgettizzazione **anche R.S.A., R.S.D., C.S.S. e hospice.**

I budget a livello di ASL vengono definiti provvisoriamente in misura pari al 100% della remunerazione complessiva riconosciuta nell'esercizio 2010 per le diverse tipologie di unità di offerta.

**Per le singole strutture, il budget provvisorio è determinato in misura non superiore dell'ammontare corrispondente al 98% della remunerazione relativa a tutti posti accreditati nel 2010,** calcolata assumendo a riferimento la tariffa media giornaliera riconosciuta alle singole unità d'offerta nello stesso esercizio, tenuto comunque conto dei livelli di saturazione, riferiti all'utenza lombarda, riscontrati nel corso del 2010.

## REVISIONE DELLE TARIFFE PER LE RSA

Al fine di produrre una semplificazione delle modalità di tariffazione delle prestazioni erogate dalle RSA, nelle more della revisione dell'intero sistema, viene introdotta, con decorrenza 1° gennaio 2011, una nuova struttura tariffaria da riferirsi all'utenza tipica, a cui dovranno essere ricondotte le attuali 8 classi SOSIA. In sede di prima applicazione, tale nuovo sistema di classificazione dovrà riferirsi unicamente alla tariffazione ed alla rendicontazione economica delle giornate, fermo restando il mantenimento del sistema SOSIA per tutti i restanti aspetti clinici ed informativi riferiti all'utenza.

Pertanto, le tariffe giornaliere per le Residenze Sanitarie Assistenziali per Anziani (R.S.A) vengono così modificate a partire dall'1 gennaio 2011:

Nuova classe tariffaria	Classi Sosia accorpate	Tariffa giornaliera
A	1, 2	49,00
B	3, 4, 5, 6	39,00
C	7, 8	29,00

## Evoluzione nel tempo delle condizioni di gravità degli ospiti delle RSA dell'ASL di Brescia.

Classe SoSIA	gennaio 2004	dicembre 2006	dicembre 2008
Classe 1	26,61%	29,49%	33,02%
Classe 2	4,13%	3,53%	2,52%
Classe 3	28,47%	32,82%	33,67%
Classe 4	3,85%	3,63%	3,09%
Classe 5	4,84%	5,71%	6,02%
Classe 6	9,05%	2,73%	2,19%
Classe 7	14,88%	15,46%	14,27%
Classe 8	8,16%	6,62%	5,91%

Per la definizione della classe SoSIA, strumento adottato dalla Regione Lombardia che valuta la gravità clinica/complessità assistenziale, vengono presi in considerazione gli indicatori relativi a mobilità, cognitività e comorbilità.

A classe maggiore corrisponde complessità minore.

L'evoluzione nel tempo delle condizioni di gravità degli ospiti di RSA dal 2004 al 2008 evidenziano uno spostamento verso le classi Sosia più impegnative.

Il 5,91% del totale degli ospiti appartenente alla classe 8 ed il 14,27% alla classe 7 (dati relativi al 2008) evidenziano che almenouna parte (attorno al 20%) degli ospiti attuali potrebbe trovare risposta anche in altra tipologia di servizio (dati non pubblicati).

Classi SOSIA	Tariffe dal 1/05/2003	Tariffe dal 1/09/2006	Tariffe dal 1/01/2008	Tariffe dal 1/01/2010	Tariffe dal 1/01/2011
Classe 1	47,50	47,50	47,50	49,10	49,00
Classe 2	43,50	44,80	45,30	47,00	
Classe 3	37,50	38,60	39,10	39,10	39,00
Classe 4	33,50	34,50	35,00	37,00	
Classe 5	37,00	38,10	38,60	39,10	
Classe 6	33,00	34,00	34,50	37,00	
Classe 7	27,00	27,80	28,80	29,10	29,00
Classe 8	23,00	23,70	24,70	27,00	

**- area della fragilità e della non autosufficienza**

Si sperimenteranno:

- **soluzioni che si rivolgono a persone che necessitano di migliorare il più possibile lo stato di autosufficienza attraverso interventi di assistenza che non possono essere svolti a domicilio e di riattivazione (recupero non solo funzionale ma anche comportamentale/relazionale), nonché controlli ed interventi ripetuti nel tempo per sostenere l'equilibrio raggiunto.**
  - strutture residenziali per l'accoglienza di minori con gravissime disabilità associata a breve speranza di vita e adolescenti con gravi problemi relazionali e di devianza;
- **strutture di residenzialità leggera con caratteristiche di tipo alberghiero ma nel contempo in grado di garantire anche protezione sociale/ socio sanitaria al fine di offrire alle famiglie periodi di sollievo;**
  - proseguirà per tutto il 2012 la sperimentazione delle linee di indirizzo, approvate con DGR n.2124/2011, per l'assistenza di persone in stato vegetativo.

Regione Lombardia “DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE  
DEL SERVIZIO SOCIO SANITARIO REGIONALE PER  
L'ESERCIZIO 2012

**Nel corso del 2012 si procederà alla messa a contratto di nuovi posti di Hospice**, compatibilmente con le risorse disponibili e sulla base di specifiche indicazioni regionali, in ogni caso verrà data priorità ai territori con un indice di dotazione inferiore alla media regionale.



Per i servizi residenziali e semi-residenziali dovrà essere **pagata solo la giornata di accettazione e non quella di dimissione.**

Analogamente, per i periodi di assenza, dovrà essere pagata solo la giornata di rientro e non quella di uscita. Non sarà quindi remunerata la giornata di dimissione, neanche in caso di decesso in struttura.

**Con riferimento alle Residenze sanitario assistenziali per anziani e disabili (RSA e RSD), dal 1° gennaio 2012, non saranno più remunerate con oneri a carico del FSR le assenze per ricoveri ospedalieri.**

Anche per quanto attiene **i posti letto di sollievo a contratto, a decorrere dal 1 gennaio 2012 non saranno più remunerate le giornate per cui tali posti non fossero occupati da utenti** (cosiddetta regola del “vuoto per pieno”).

Regione Lombardia “DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIO SANITARIO REGIONALE PER L'ESERCIZIO 2012”

**Tabella 1.3 - RSA: posti letto e indici di dotazione - Lombardia, 2003-2007**

anno	popolazione >= 75 anni	Numero strutture	Totale posti letto accreditati	indice dotazione >= 75 anni
2003	737.640	561	49.176	6,67%
2004	754.509		50.347	6,67%
2005	774.859		52.446	6,77%
2007	807.563	613	53.914	6,68%

*Fonte: elaborazione IReR*

**Tabella 2.1 - Tipologia di strutture residenziali per anziani presenti nelle Regioni esaminate**

Regione	Tipologia struttura residenziale per anziani >65 anni parzialmente o totalmente non autosufficienti
Lombardia	<ul style="list-style-type: none"><li>• R.S.A.</li></ul>
Emilia Romagna	<ul style="list-style-type: none"><li>• Comunità alloggio</li><li>• Casa di riposo/casa albergo/albergo per anziani</li></ul>
Veneto	<ul style="list-style-type: none"><li>• Casa protetta./RSA</li><li>• Comunità alloggio</li><li>• Centro servizi per persone anziane non autosufficienti (ex RSA), con unità di offerta per persone con ridotto/minimo bisogno assistenziale e unità di offerta per persone con maggior bisogno assistenziale (incluse patologie di Alzheimer).</li></ul>
Liguria	<ul style="list-style-type: none"><li>• R.S.A. di base (o mantenimento)</li><li>• R.S.A. di cura e recupero</li><li>• residenze protette</li><li>• comunità alloggio.</li></ul>
Toscana	<ul style="list-style-type: none"><li>• R.S.A.</li></ul>

*Fonte: elaborazione IReR*

**Tabella 5.1 - Standard di assistenza prescritti per l'accreditamento espressi in minuti settimanali per ospite**

Profili professionali prescritti	RSA NAT min/sett.	RSA NAP min/sett.	ALZHEIMER min/sett.
Medici	28	14	42
Tecnici della riabilitazione	42	34	252
Infermieri	140	48	
Operatori addetti all'ospite (ASA – OTA).	674	337	842
Animatori	17	17	84
<b>Totali settimanali per ospite</b>	<b>901</b>	<b>450</b>	<b>1220</b>

*Fonte: elaborazione IReR*

Il minutaggio assistenziale non è più suddiviso ed il totale può essere raggiunto in modo indifferenziato, sia per qualifica professionale che per tipologia degli ospiti; lo standard complessivo per l'accreditamento resta di 901' settimanali per ospite e 1220' per le persone affette da demenza di Alzheimer .

Le figure professionali obbligatorie sono le stesse: medico, infermiere, ausiliari (ASA/OTA), terapeuta della riabilitazione, animatori; viene raccomandata l'introduzione della figura dell'oss.

Lo standard è conseguibile anche con il concorso di altri operatori (terapeuta occupazionale, podologo, psicologo, musicoterapista, arteterapista, danzaterapista, teatroterapista) che possano essere utilmente utilizzati per raggiungere gli obiettivi stabiliti nel PAI.

Il medico non è più obbligatoriamente presente e può essere reperibile su chiamata; la presenza dell'infermiere è obbligatoria solo di giorno.

Essendo ormai trascorso qualche anno dall'introduzione della normativa, è possibile rilevare che diverse RSA, per poter garantire un'adeguata assistenza agli ospiti con maggiori necessità, superano i tempi assistenziali prescritti per l'accreditamento del 30% o anche del 40%.

**Tabella 13.1 - La distribuzione territoriale delle strutture intervistate**

	v.a.	%
BS	41	27,5
BG	20	13,4
CR	16	10,7
MN	16	10,7
MI	12	8,1
VA	11	7,4
PV	9	6,0
SO	9	6,0
LC	8	5,4
CO	3	2,0
LO	4	2,7
Totale	149	100,0

*Fonte:* elaborazioni IReR su dati Direzione Generale famiglia e solidarietà sociale

**Tabella 13.8 - La composizione delle entrate**

	Totali	% sul totale
Finanziamenti tariffe da fondo sanitario	165.863.971,60	42,0%
Rette a carico dei comuni	13.392.759,81	3,4%
Rette a carico degli utenti	185.642.689,90	47,0%
Rette a carico di altri enti	439.659,82	0,1%
Lasciti e donazioni	13.417.746,68	3,4%
Finanziamenti per investimenti	2.175.377,53	0,6%
Altri proventi straordinari	8.589.472,64	2,2%
Altro	5.681.694,49	1,4%
Totale entrate	395.203.372,50	100,0%
V.A.		137

*Fonte: elaborazioni IReR su dati Direzione Generale famiglia e solidarietà sociale*

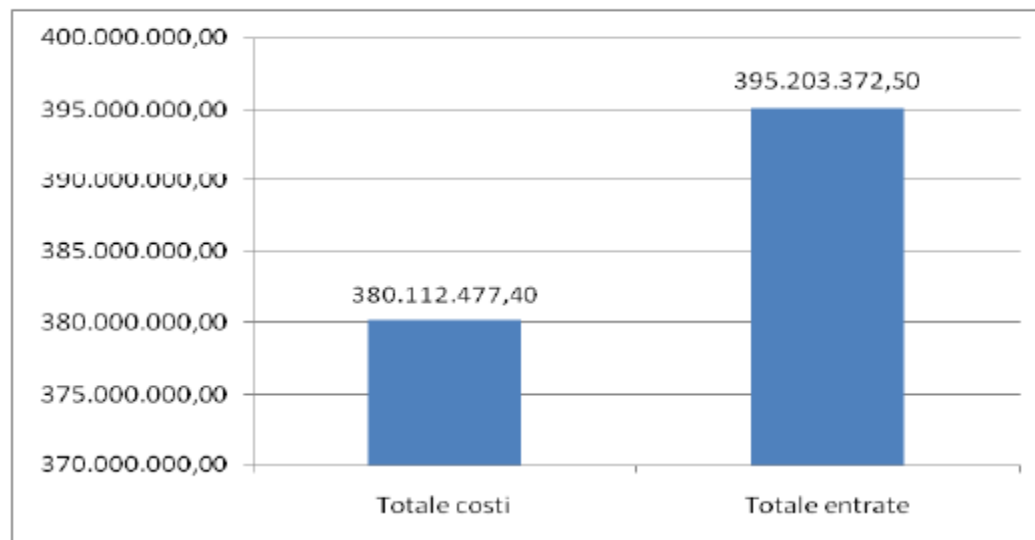
**Tabella 13.9 - La composizione dei costi (N=137)**

	Totale Euro	% sul totale
Medici	13689407,24	3,6%
Infermieri	41379170,87	10,9%
Terapisti della riabilitazione	8945015,73	2,4%
Addetti all'ospite	149346394,5	39,3%
Psicologi	182785,58	0,0%
Responsabili di struttura	6171902,35	1,6%
Animatori educatori	5583951,39	1,5%
Personale amministrativo	13547695,93	3,6%
Altro personale	7807361,15	2,1%
Medicinali	8988782,7	2,4%
Prestazioni specialistiche	902187,03	0,2%
Presidi sanitari per incontinenza	5008312,77	1,3%
Altri presidi sanitari	3512952,49	0,9%
Cucina	36109929,28	9,5%
Lavanderia	13053720,73	3,4%
Pulizia	14464699,32	3,8%
Trasporti	424458,39	0,1%
Assicurazioni	1412744,33	0,4%
Piccole attrezzature	14808963,92	3,9%
Servizi esternalizzati	2.403.417,99	0,6%
Altre spese	20.243.548,08	5,3%
Manutenzione ordinaria	8616812,37	2,3%
Manutenzione straordinaria	383796,29	0,1%
Materiali di consumo	3124466,97	0,8%
<b>Totale</b>		<b>100,0%</b>

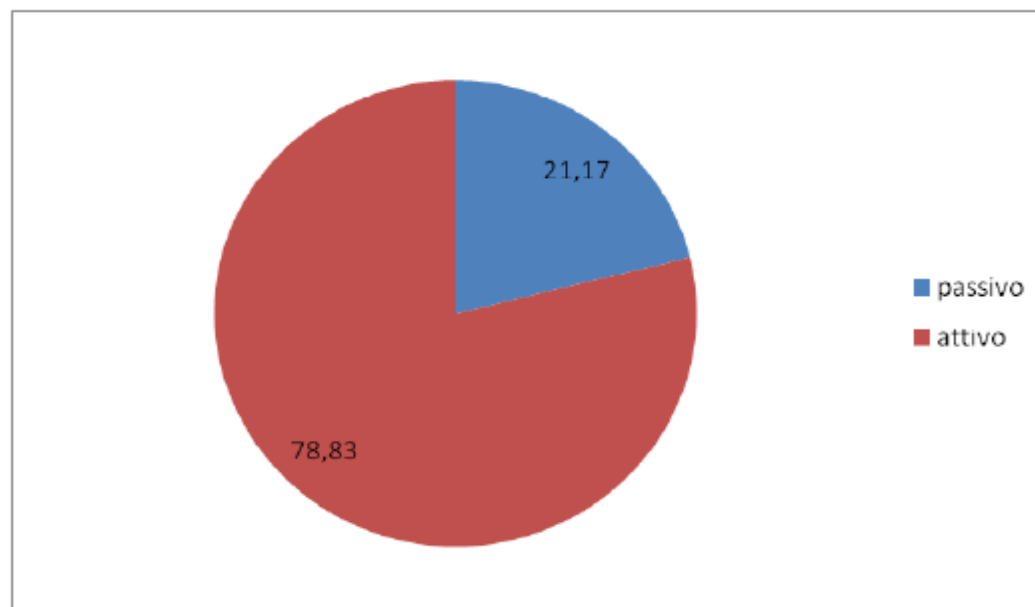
*Fonte: elaborazioni IReR su dati Direzione Generale famiglia e solidarietà sociale*



**Grafico 13.2 - Costi ed entrate (N=137)**



**Grafico 13.3 - La situazione positiva e negativa dei bilanci (N= 137)**



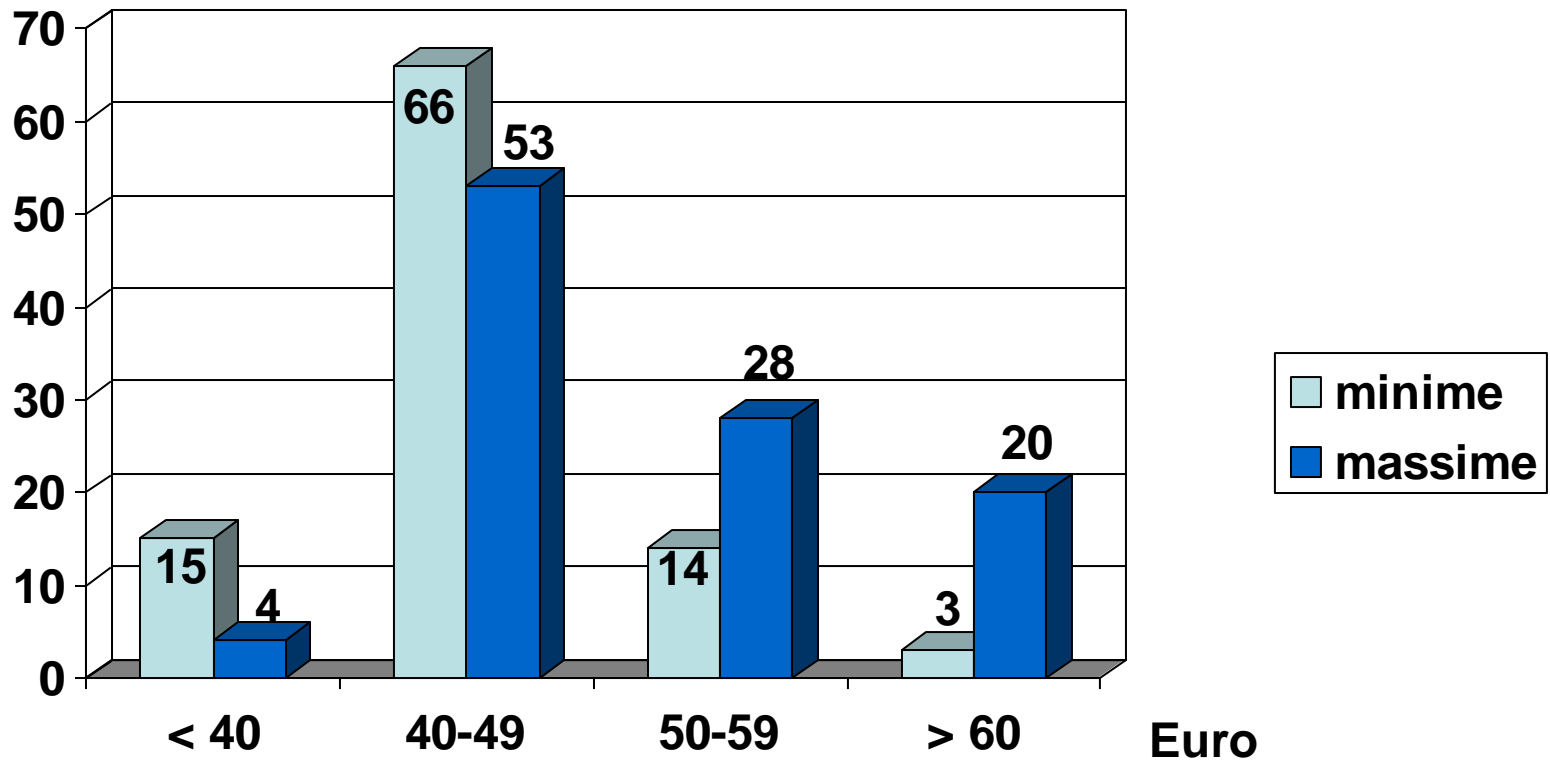
*Fonte: elaborazioni IReR su dati Direzione Generale famiglia e solidarietà sociale*

**Tabella 15.8 - Attività appaltate a ditte esterne sul totale delle RSA (N=149)**

Attività		Attività appaltata	Attività non appaltata	Non sa/ Non risponde	Totale
Infermieristiche	nr. assoluto	51	96	2	149
	%	34,2	64,4	1,3	100
Assistenziali	nr. assoluto	50	98	1	149
	%	33,6	65,8	0,7	100
Educativa Animative	nr. assoluto	36	108	5	149
	%	24,2	72,5	3,4	100
Psicologiche	nr. assoluto	33	87	29	149
	%	22,1	58,4	19,5	100
Pulizie	nr. assoluto	81	67	1	149
	%	54,4	45,0	0,7	100
Mensa	nr. assoluto	57	91	1	149
	%	38,3	61,1	0,7	100
Amministrazione	nr. assoluto	28	119	2	149
	%	18,8	79,9	1,3	100
Lavanderia	nr. assoluto	62	86	1	149
	%	41,6	57,7	0,7	100

Fonte: elaborazione IReR.

# RSA della provincia di Brescia per costo retta (2011)



**LA QUESTIONE** - L'art. 25 della legge 328/2000 ha dato piena attuazione alla normativa ISEE che garantisce l'assistenza (quasi) gratuita per i soggetti piu' deboli in caso di ricovero in case di riposo, o "Residenze sanitarie assistenziali" (Rsa). Da tempo, pero', denunciavamo le prassi illegittime di moltissimi comuni d'Italia che, a fronte di ricoveri di soggetti anziani non autosufficienti o disabili gravi, calcolano la quota di retta a carico dell'utente non solo sulla base del suo reddito, come prevede la legge, ma anche del reddito dei suoi familiari, a cui poi viene richiesto il pagamento. Una prassi che spesso mette in ginocchio famiglie intere, costrette a pagare cifre esorbitanti.

"Il Consiglio di Stato, organo di secondo e ultimo grado della giustizia amministrativa, si e' finalmente pronunciato con due importanti sentenze del gennaio (n.551) e marzo (n.1607) 2011, dando ragione agli utenti: **le rette per la degenza in RSA di persone ultrasessantacinquenni non autosufficienti e disabili gravi devono tener conto dei redditi del solo assistito e non anche dei redditi dei parenti.**

# Indirizzi Strategici per il contenimento dei costi delle Rsa

Riconsiderare i minuti di assistenza delle figure professionali

Riconsiderare piani di lavoro e protocolli

Ridurre benefit economici e non del personale

Utilizzare per i dipendenti contratti meno onerosi

Esternalizzare i servizi

Riduzione dei servizi (trasporto, parrucchiere, podologo, lavanderia, ecc)

Addebito all'utente di alcuni servizi (trasporto, parrucchiere, podologo, lavanderia, ecc)

Riduzione servizi specialistici

Revisione del prontuario farmaceutico e parafarmaceutico

Contenimento dei costi dei materiali

# Alternative agli Indirizzi Strategici per la salvaguardia delle Fondazioni che erogano servizi alle persone

## Burocrazia

- *"l'organizzazione di persone e risorse destinate alla realizzazione di un fine collettivo secondo criteri di razionalità, imparzialità, impersonalità"*
- L'etimologia ibrida del termine, dal francese *bureau* ("ufficio") connesso al greco *krátos* ("potere")
- *L'attuale accezione del termine è principalmente negativa, a causa di quelle che nel corso del novecento sono state definite da alcuni "conseguenze inattese" del fenomeno burocratico: rigidità, lentezza, incapacità di adattamento, inefficienza, inefficacia, lessico difficile o addirittura incomprensibile, mancanza di stimoli, deresponsabilizzazione.*

Un sistema è SEMPLICE quando si ottiene il massimo risultato con il minimo sforzo, come quando in una dimostrazione si perviene alle conclusioni con il minor numero possibile di passaggi.

Un sistema è semplice se è privo di ridondanza.

**Privilegiare un sistema organizzativo  
semplice per le Rsa fortemente  
attento all'analisi dei risultati.**

**“Il problema principale è legato alla preparazione degli operatori delle residenze rispetto alla comparsa di segni e sintomi che richiamano l’attenzione sull’ospite. In generale si può affermare che non vi sono protocolli che suggeriscono i comportamenti da adottare in queste circostanze.”**

Quindi la scelta se trasferire l’ospite all’ospedale dipende da fattori spesso imprevedibili, cioè l’ora della giornata, il giorno della settimana, la raggiungibilità o meno di un medico, la presenza in struttura di un’infermiera e la sua preparazione-esperienza, la presenza di familiari ansiosi e preoccupati, ecc. È stato peraltro dimostrato che durante il fine settimana aumentano i trasferimenti; allo stesso modo le strutture che non hanno un medico in staff sono maggiormente a rischio di ospedalizzare l’ospite.

**“L’assistenza agli anziani non autosufficienti in ITALIA” 3° Rapporto**

Il monitoraggio degli interventi e il punto sulla residenzialità

Rapporto promosso dall’IRCCS-INRCA per il Network nazionale per l’invecchiamento

ed. Maggioni 2011

**Investire sulle figure professionali  
addette alle cure**



Il Giornale di Brescia ha pubblicato recentemente una lettera, a firma di 11 giovani Laureati in scienze Infermieristiche, che dichiarava la difficoltà occupazionale.

La lettera riporta che le Case di Riposo non erano disponibili ad assumere per assenza di esperienza.

# Alloggi Protetti e Comunità Alloggio Protette.

Negli ultimi anni si è dato grande enfasi a nuovi servizi residenziali senza un chiaro inquadramento in termini strutturali e gestionali dove vengono inseriti anziani con disabilità cognitiva e funzionale lieve.

Le attuali esperienze sono inserite in strutture che accolgono CDI, RSA o Autonome.

Non sono noti standard strutturali e gestionali se non indicazioni generiche come “garantire la tutela”.

“Dopo il ricovero ospedaliero si riaprono le problematiche precedenti rispetto alla gestione clinica dell’ospite nelle residenze; a questo proposito è dibattuto il ruolo dei medici dell’ospedale rispetto all’ipotesi di una continuità assistenziale”

**Questa logica si inserisce in quella delle dimissioni protette, cioè di una protezione estesa alla delicata fase delle transizioni tra servizi;**

**Nel prossimo futuro l’apertura di nuove strutture di postacuzie porrà l’esigenza di esaminare se queste hanno rilievo nella transizione tra l’ospedale e le residenze.**

Non vi sono ancora dati da interpretare; però si deve rilevare una certa confusione, perché alcuni servizi sono stati istituiti senza chiarezza rispetto a funzioni, compiti e obiettivi.

**“L’assistenza agli anziani non autosufficienti in ITA LIA” 3° Rapporto**  
Il monitoraggio degli interventi e il punto sulla residenzialità  
Rapporto promosso dall’IRCCS-INRCA per il Network nazionale per l’invecchiamento  
ed. Maggioni 2011

# Investire in nuovi servizi territoriali

# ALCUNI ASPETTI CRITICI

UN primo aspetto riguarda lo scenario nel quale si colloca il problema dell'assistenza post-acuzie. Si tratta di un **aspetto di confine tra l'organizzazione sanitaria e quella sociale**, con rilevanti ricadute in entrambe le aree. La conseguenza della duplice appartenenza è una certa debolezza, perché non sono chiari i confini e le competenze e quindi chi finanzia, chi gestisce, chi è incaricato delle cure. Infatti, se da una parte è certo che i fruitori del servizio sono primariamente anziani fragili in attesa di una stabilizzazione delle condizioni cliniche, e quindi bisognosi di adeguati interventi terapeutici, è altrettanto certo che il ritorno in famiglia in un ambiente protetto e curativo è essenziale per il ritorno alla normalità. Quindi, interventi primariamente sanitari e sociali si dovrebbero **intrecciare**, senza smagliature.

In particolare in Italia in questi anni il sistema sanitario nel suo complesso si è adeguatamente sviluppato, mentre il sistema sociale è spesso rimasto limitato nella sua crescita culturale prima ed organizzativa poi (Brescia exception).

# ALCUNI ASPETTI CRITICI

Un secondo aspetto particolarmente delicato riguarda la **collocazione fisica dei servizi di post-acuzie**; in sintesi, dovranno svilupparsi all'interno delle mura dell'ospedale, occupando gli spazi dismessi dai reparti per acuti, o all'esterno, in più diretto contatto con il territorio? Non vi sono risposte definitive a questa problematica, anche perché sono in gioco rilevanti aspetti organizzativi, economici, culturali, professionali. Infatti la collocazione all'interno degli ospedali ha il vantaggio di garantire una maggiore copertura sul piano clinico-diagnostico, ma ha svantaggi sul piano economico (la spalmatura degli alti costi ospedalieri anche su questo settore) e sul piano del rientro a domicilio dell'anziano (le strutture intermedie sono infatti più aperte al passaggio tra il reparto e la casa).

Invece la collocazione extraospedaliera costerebbe di meno, è vicina agli ambiti di vita normale del paziente, ma **rischia di non rispondere adeguatamente alle "crisi"**, con il conseguente rischio di sottoporre l'ammalato a spostamenti più o meno frequenti verso l'ospedale (è peraltro ben noto come in genere i pronto soccorso degli ospedali accettano con riluttanza pazienti affidati a strutture sanitarie esterne, accusate in modo più o meno palese di non svolgere appieno le proprie funzioni).

# ALCUNI ASPETTI CRITICI

Un terzo aspetto molto rilevante è rappresentato dalla **definizione del bisogno clinico** che induce alla fruizione di un servizio per la post-acuzie. Qualcuno potrebbe meravigliarsi che di fronte alla ripetuta affermazione della necessità di questi servizi non si sia ancora arrivati a delineare il profilo clinico dei potenziali utilizzatori. Alcuni degli interrogativi più frequenti riguardano la **stadiazione delle malattie** che dovrebbe essere compiuta prima della dimissione dall'ospedale, riducendo così al massimo le necessità di diagnostica strumentale. Il paziente dovrebbe essere definito per quanto riguarda **le esigenze di cura** e il periodo di permanenza in ambiente postacuto dovrebbe essere dedicato alla conclusione di eventuali terapie che la brevità della degenza ospedaliera non ha permesso di portare a termine.

# Nursing Homes: a suitable alternative to hospital care for older people in the UK?

There is no conclusive evidence to indicate whether or not nursing home do or can provide a suitable alternative to hospital care.

Further research is needed to evaluate the impact of nursing home interventions in term of quality of life, health outcome and cost-effectiveness.

(Turrell Age and Ageing 2001)

## Alternatives to acute hospital care.

The national bed inquiry indicated that up to 20% of older people might be inappropriately occupying acute hospital beds and could be discharged if alternative services were available.

The report proposed the concept of “Intermediate Care”.

The aim for intermediate services are that they should:

- **Be integrated** (between professions, authorities, care setting)
  - **Prevent** unnecessary acute hospital admission
  - **Support** timely discharge
  - **Maximize** independent living

(Gentles and Potter, Reviews in Clinical Gerontology 2001)



# ALCUNI ASPETTI CRITICI

Inoltre si deve dare **spazio agli interventi riabilitativi** miranti a riguadagnare il massimo di **autonomia** e quindi la realistica possibilità di un ritorno a domicilio.

La riabilitazione deve essere intesa in senso estensivo, cioè riguardare gli aspetti funzionali motori e quelli psicologici, direttamente collegati alla possibilità di vita autonoma nella propria casa.

Ovviamente **l'intensità dell'intervento riabilitativo** deve essere parametrata sulle condizioni del singolo individuo; è però una componente essenziale dell'intervento post acuto, perché spesso i pazienti hanno subito una riduzione della funzione nel corso del ricovero ospedaliero, anche se non sono affetti da una vera e propria sindrome da immobilizzazione.

Inoltre, l'anziano quando è ricoverato in un ambiente diverso dalla propria casa ha sempre bisogno di un'attenzione riabilitativa di vario livello, perché il rischio di perdita dell'autosufficienza è molto alto.

Infine il periodo di degenza serve a controllare direttamente l'eventuale comparsa di **eventi clinici avversi**, conseguenza della condizione di relativa inabilità che caratterizza le persone molto anziane, affette da polipatologia, con eventuale compromissione delle funzioni cognitive

# ALCUNI ASPETTI organizzativi

Partendo da queste considerazioni sul bisogno, il reparto di postacuzie richiede la presenza di **medici** con rilevante esperienza clinica, coadiuvati da **un'equipe infermieristica e riabilitava** in grado di svolgere autonomamente i programmi di cura impostati dal medico responsabile.

Inoltre saranno necessari **supporti di servizio sociale** per permettere il ritorno del paziente nell'ambito familiare, con gli adeguati supporti di assistenza domiciliare o - se necessario - per facilitarne l'inserimento in ambienti istituzionali.

Nell'ottica di esaminare il ruolo dinamico di altre strutture, **si deve dare attenzione agli hospice, come luogo dove possono essere trasferiti pazienti in fase terminale** (non solo oncologici, ma anche persone affette da demenza, da altre malattie neurodegenerative o da patologie cardiache). La decisione deve tener conto di situazioni tra loro apparentemente contrastanti; da una parte l'aspetto positivo della continuità delle cure offerto dalle residenze, dall'altra la possibilità di garantire negli hospiceservizi più mirati alle persone in condizioni terminali.

**“L'assistenza agli anziani non autosufficienti in ITA LIA” 3° Rapporto**  
Il monitoraggio degli interventi e il punto sulla residenzialità  
Rapporto promosso dall'IRCCS-INRCA per il Network nazionale per l'invecchiamento  
ed. Maggioni 2011

## Investire in nuovi servizi territoriali

# Health Care Services utilization at the End of life in a Managed Care program Integrated Acute and Long-term care.

Utilization of health services increases as early as 7 months before death, with the largest increase is dominated by hospital use.

(Mukamel D. Medical Care 1977)

“l’adozione di **nuove tecnologie** dell’informazione e della comunicazione (telemedicina) permetterebbe di controllare meglio la condizione del paziente e di mettere a disposizione strumenti adeguati, al di là di quelli oggi presenti all’interno della residenza”.

“L’assistenza agli anziani non autosufficienti in ITA LIA” 3° Rapporto  
Il monitoraggio degli interventi e il punto sulla residenzialità  
Rapporto promosso dall’IRCCS-INRCA per il Network nazionale per l’invecchiamento  
ed. Maggioni 2011

## Investire in nuove Tecnologie