

LINEE GUIDA AREA RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI

Introduzione

L'esigenza di residenzialità estensiva per anziani non autosufficienti e per disabili non assistibili a domicilio è correlata alla stessa evoluzione delle politiche sanitarie che sempre di più tendono a limitare i ricoveri ospedalieri alla sola fase delle acuzie e del trattamento delle fasi immediatamente successive alle stesse, rinviando alla rete territoriale di servizi e strutture residenziali trattamenti di lungo assistenza e di riabilitazione prolungata che integrano la rete ospedaliera, ma se ne differenziano per la minore intensità di cure e relativa organizzazione.

In particolare, si richiede un maggiore sviluppo di presidi e servizi extraospedalieri per rispondere alla domanda di assistenza espressa dagli anziani con patologie cronico - degenerative, dai disabili e, comunque, dai soggetti non autosufficienti non curabili a domicilio.

La ridefinizione organizzativa dei servizi, per essere in sintonia con le esigenze dei cittadini, deve basarsi su un continuum di cure sanitarie e servizi sociali che rispondano alle esigenze poste dalla collettività, ed in particolare a quelle di soggetti non autosufficienti i cui bisogni sanitari sono inscindibili da quelli assistenziali e determinano diversi gradi di dipendenza ai quali è necessario rispondere con offerte di sostegno domiciliare, semiresidenziale e residenziale.

Nell'ottica dell'organizzazione dei servizi in una rete funzionalmente integrata la tutela sanitaria si integra con l'assistenza sociale, la solidarietà del volontariato e le cure familiari.

L'offerta coordinata ed integrata di prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali richiede però il rispetto di regole tecniche, amministrative, finanziarie e gestionali che fissano per ciascun livello istituzionale e per ogni struttura, compiti, risorse a disposizione, responsabilità direzionali e operative.

Le RSA, infatti, sono inserite nella rete dei servizi socio-sanitari territoriali.

Nel contesto della rete, la RSA è il fulcro residenziale extraospedaliero dell'assistenza alla persona non autosufficiente. È necessario al riguardo tenere conto della realtà della nostra regione e della esigenza primaria di riconversione delle strutture ospedaliere ridimensionate in RSA.

Obiettivo primario della RSA deve essere, quindi, quello di fornire prestazioni sanitarie, riabilitative ed assistenziali in forma integrata e residenziale a persone non autosufficienti, non assistibili a domicilio anche temporaneamente e che non necessitano di ricovero in strutture di tipo ospedaliero.

L'intervento integrato socio-sanitario implica l'intima connessione tra programmi di intervento sanitario e azioni di politica sociale che vedono protagonisti le aziende sanitarie e gli Enti Locali, attraverso specifici protocolli d'intesa.

Le RSA sono inserite nella riorganizzazione della rete dei servizi sociosanitari territoriali, quali opzioni assistenziali possibili in presenza di necessità assistenziali che richiedono accogliimento, prestazioni sanitarie, assistenziali e di recupero a persone anziane non autosufficienti o disabili non effettuabili a domicilio.

La funzione assistenziale delle RSA – il cui obiettivo finale è quello di raggiungere il migliore livello di qualità di vita dell'ospite - si traduce:

- nell'ottenere il massimo recupero funzionale fino al reinserimento del paziente nel proprio contesto abitativo e familiare;
- nel contrastare, per quanto possibile, la caduta ad un grado di disabilità sempre maggiore quando non vi siano margini di recupero;
- nell'impedire l'emarginazione e l'isolamento e favorire il mantenimento di relazioni interpersonali con i familiari, le persone significative, il personale di assistenza;
- nell'adottare protocolli operativi basati sulla globalità e interdisciplinarietà degli interventi.

Le RSA si collocano in una posizione particolare e sostanzialmente diversa sia dalle U.O. ospedaliere geriatriche, di riabilitazione e di lungodegenza, sia dalle esistenti residenze protette che hanno per gran parte valenza sociale, poiché sono strutture deputate ad erogare un livello medio di assistenza sanitaria integrato da un alto livello di assistenza tutelare e alberghiera.

Aspetti assistenziali e organizzativi (DGR 738 del 13 luglio 2009)

Tipologia assistibili

Gli anziani non autosufficienti sono caratterizzati dall'esistenza di deficit funzionali derivati dalla perdita di capacità fisiche, psichiche o psico-fisiche, a seguito di eventi morbosi (congeniti o

acquisiti), che determinano sul piano dei bisogni assistenziali situazioni di handicap e di notevole dipendenza.

Le prestazioni da offrire in termini qualitativi e quantitativi debbono quindi essere orientate a contrastare o compensare la perdita di autonomia, che spesso si esprime nel soggetto disabile come incapacità di permanere o rientrare al proprio domicilio.

La residenzialità extraospedaliera realizza le prestazioni residenziali o semiresidenziali come risposta ai bisogni dei portatori di handicap fisico e psichico, degli anziani e dei soggetti non autosufficienti, non assistibili a domicilio.

L'assistenza residenziale, conseguentemente, si concretizza nella offerta di diversi gradi di assistenza sanitaria (nelle sue componenti mediche, infermieristiche e riabilitative), accompagnata da prestazioni di tipo socio - assistenziale atte a facilitare il collegamento ed il successivo, in alcuni casi solo potenziale, reintegro nell'ambiente di provenienza.

Per quanto attiene alla tipologia degli ospiti vengono previste n. 2 fasce di intensità assistenziale:

1° fascia - livello medio-alto: In tale fascia vanno inseriti cittadini ultrasessantacinquenni con totale perdita dell'autosufficienza, portatori di deficit funzionali derivanti da patologie fisiche, psichiche o psico-fisiche, che non richiedono cure intensive ospedaliere, ma per i quali non è possibile attivare un programma ADI e che hanno bisogno, però, di cure e prestazioni di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, affetti quindi da patologie croniche e stabilizzate, con necessità di trattamenti protratti di "conservazione" che presuppongono cure mediche ed infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie, nutrizione enterale, trattamenti di lesioni da decubito profonde e trattamenti specialistici di un certo impegno e che erano impropriamente prima ricoverati in strutture per acuti o per riabilitazione.

L'inserimento avviene a seguito di piano individualizzato di assistenza redatto dall'UVM distrettuale avvalendosi dello strumento multidimensionale di valutazione SVaMA.

Nella valutazione va considerato che gli interventi socio-sanitari devono essere finalizzati al mantenimento e al recupero delle residue capacità di autonomia della persona, tenuto conto anche delle problematiche psico-sociali e dell'assenza del necessario supporto familiare o di situazioni per le quali la permanenza nel nucleo familiare sia temporaneamente o definitivamente impossibile ovvero contrastante con il piano assistenziale individuale.

2° fascia - livello medio-basso: In tale fascia vanno inseriti cittadini ultrasessantacinquenni con parziale perdita dell'autosufficienza, portatori di deficit funzionali derivanti da patologie fisiche, psichiche o psico-fisiche, non assistibili a domicilio che non necessitano di cure intensive ospedaliere, ma di particolari protezioni sanitarie e sociali a non elevata intensità assistenziale che, comunque, necessitano di assistenza medico-infermieristica per disturbi che richiedono trattamenti estensivi, di riorientamento e di somministrazione di terapia. In tale fascia rientrano anche le prestazioni erogate a pazienti affetti da demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, tutela personale in ambiente "protesico".

L'inserimento avviene a seguito di piano individualizzato di assistenza redatto dall'UVM distrettuale avvalendosi dello strumento di valutazione multidimensionale SVaMA.

Per entrambe le fasce, l'iscrizione alle stesse viene operata dalla UVM distrettuale, avvalendosi quale strumento di valutazione multidimensionale della scheda SVaMA e successiva stesura del piano di assistenza individuale (PAI).

Modalità di accesso e di dimissione

La proposta di accesso è effettuata dal MMG, dai servizi distrettuali ovvero, in caso di dimissione dall'ospedale, dal Direttore della U.O. o dai servizi sociali dell'ambito sociale.

L'accesso e le dimissioni sono disposti dall'UVM distrettuale dell'ambito territoriale nel quale ubicata la RSA, previa valutazione multidimensionale, dalla quale deve emergere, come fattori determinanti della scelta, il grado di non autosufficienza e l'impossibilità, anche temporanea, dell'utente ad usufruire di altre forme di assistenza domiciliare.

L'UVM distrettuale entro sette giorni dalla richiesta comunica il giorno in cui verrà effettuato il ricovero ovvero il tempo di attesa.

Regolamento interno e carta dei servizi

Il regolamento interno contiene norme a salvaguardia dei principi organizzativi e funzionali, orari di visita, permessi temporanei, modalità di compilazione della cartella personale di ogni ospite, attribuzioni del personale, compiti, responsabilità, norme igienico - sanitarie, organizzazione della vita all'interno della struttura, nonché disciplina per l'assenza per ricoveri in strutture di ricovero a ciclo continuativo e diurno.

Le RSA devono essere dotate di carta dei servizi.

Prestazioni

Nella RSA sono erogate:

- a) prestazioni di medicina generale, specialistiche, farmaceutiche, a carico del SSR, alle condizioni e con le modalità previste per la generalità dei cittadini, anche attraverso i servizi distrettuali e aziendali;
- b) prestazioni infermieristiche;
- c) prestazioni riabilitative;
- d) consulenze;
- e) prestazioni di aiuto personale e di assistenza tutelare;
- f) prestazioni protesiche alle condizioni e con le modalità previste per la generalità dei cittadini, anche attraverso i servizi distrettuali e aziendali;
- g) prestazioni di tipo alberghiero comprendenti alloggio, vitto e servizi generali;
- h) attività di animazione, occupazionale, ricreativa di integrazione e di raccordo con l'ambiente familiare e sociale d'origine;
- i) trasporto e accompagnamento per fruizione prestazioni sanitarie esterno struttura;
- l) prestazioni cura personale (barbiere, parrucchiere e simili) a richiesta e con oneri a carico ospiti.

Il medico di MG dell'ospite è tenuto a concordare con il Coordinatore della struttura le ore e i giorni della settimana in cui sarà presente per assolvere gli obblighi previsti dall'Accordo collettivo. Ogni accesso dovrà essere riportato su apposito registro.

Localizzazione

Le RSA sia pubbliche sia private devono essere localizzate in zone ben collegate con il centro urbano mediante mezzi pubblici e, quindi, in realtà strutturali che evitano ogni forma di isolamento, difficoltà di incontro con le famiglie e di allontanamento dall'ambito sociale di appartenenza.

Le RSA pubbliche, per espressa previsione dell'atto aziendale ASReM e del Programma Operativo Regionale 2010, sono localizzate negli ospedali di Venafrò, Larino e Agnone.

Articolazione delle residenze

Conformemente al Manuale che disciplina i requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle Strutture socio-sanitarie, approvato dal Ministero della Salute e dalla Giunta regionale con delibera n. 738 del 13.7.2009, le RSA devono avere una capacità recettiva non inferiore a 20 e, in via eccezionale, non superiore a 100 posti articolate in moduli/nuclei da 20/30 soggetti.

Organizzazione per nuclei

L'organizzazione per nuclei consente di accogliere anche nella stessa struttura residenziale gruppi di ospiti di differente composizione senza peraltro determinare interferenze e di salvaguardare tutti gli aspetti di riservatezza personale. Nel contempo, essa crea occasioni di socializzazione spontanea all'interno del nucleo e nelle relazioni tra nuclei.

Area destinata alla residenzialità

L'area residenziale dell'ospite è costituita da camere destinate fino ad un massimo di 4 ospiti (massimo 2 letti in almeno il 40% delle camere e 4 letti nelle restanti). Tale flessibilità consente di venire incontro a particolari esigenze assistenziali od organizzative, anche di carattere temporaneo che permettono, ad esempio, nella camera a due letti, di ospitare un parente.

Ogni camera è dotata, come standard preferenziale, di bagno autonomo. In ogni caso i servizi igienici collegati alle camere, in numero minimo di uno ogni due camere e comunque almeno uno ogni quattro ospiti, permettono una loro migliore fruizione da parte degli ospiti e facilitano il lavoro del personale addetto. All'interno di ogni camera deve essere garantita la privacy del singolo ospite. Per ogni camera deve essere garantito l'accesso ed il movimento delle carrozzine.

Dovranno, inoltre, essere disponibili:

- un bagno assistito in ogni nucleo funzionale;
- un ambulatorio - medicheria;
- un locale controllo personale con servizi igienici annessi;
- una cucina attrezzata;
- spazi soggiorno – gioco -TV/spazio collettivo;
- armadi per biancheria pulita;
- un locale deposito biancheria sporca;
- un locale per vuotatoio e lavapadelle;
- un locale deposito per attrezzature, carrozzine, materiale di consumo, etc...;
- attrezzature specifiche ad uso di ospiti non deambulanti e non autosufficienti (letti, materassi e cuscini antidecubito, etc...);
- carrozzine e ausili individuali;
- almeno un sollevapersone per modulo o per piano.

Area destinata alla valutazione e alle terapie

E' opportunamente dimensionata e tale da prevedere la presenza di locali e attrezzature per prestazioni ambulatoriali e per valutazioni specifiche. Sono da prevedere:

- un'area destinata all'erogazione delle attività di riabilitazione;
- locali e palestra con attrezzature per le attività riabilitative previste;
- un locale con relativo posto tecnico, qualora siano erogate prestazioni di assistenza dialitica di tipo peritoneale.

Area di socializzazione

Le RSA devono disporre di spazi per le attività di tipo ricreativo e di relazione sociale che rivestono importanza fondamentale per il mantenimento dell'equilibrio psichico ed emotivo dell'ospite:

- un angolo bar;
- sale e soggiorni polivalenti;
- un locale per servizi all'ospite;
- servizi igienici.

Aree generali di supporto

Le RSA devono prevedere la presenza dei seguenti spazi e locali:

- un ingresso con portineria, posta e telefono;
- uffici amministrativi;
- una cucina, dispensa e locali accessori (se non appaltate all'esterno);
- lavanderia e stireria (se non appaltate all'esterno)
- magazzini;
- camera ardente;
- un deposito pulito e sporco;
- almeno un ascensore montalettighe;
- un lavapadelle funzionante per ciascun modulo.

Fruibilità degli spazi

La condizione degli ospiti di una R.S.A. è tale da richiedere la completa eliminazione delle barriere architettoniche e l'introduzione di misure di sicurezza nella utilizzazione degli spazi. Di conseguenza gli spazi vanno resi agevolmente fruibili ed in piena sicurezza da tutti gli ospiti, indistintamente.

Tali criteri mirano a consentire alle persone con maggiore autosufficienza di godere di adeguati spazi di relazione per migliorare la propria condizione di vita e alle persone non autosufficienti di disporre degli spazi necessari alle manovre dei diversi sussidi indispensabili alla deambulazione e alle attività di servizio degli operatori al letto degli assistiti, oltre che alle attività ricreative e di socializzazione. Il requisito della fruibilità va inteso in senso ampio come possibilità di accesso fisico e visivo agli spazi, di intervento autonomo su alcuni fattori ambientali, di identificazione immediata dei luoghi e percorsi.

Importante, infine, la cura degli spazi esterni che costituiscono l'ambiente con il quale gli ospiti si relazionano quotidianamente e che può diventare - se progettato ed attrezzato opportunamente - luogo di soggiorno, svago e contatto con la natura.

Concezione architettonica degli spazi

Nel loro insieme le soluzioni che saranno previste in ognuna delle RSA debbono configurare un tessuto abitativo articolato in cui siano presenti, accanto alle camere, zone dedicate alle relazioni sociali, collegamenti tra le varie aree per agevolare la mobilità dei presenti e spazi riservati ad attività occupazionali e di laboratorio per impegnare fattivamente gli ospiti secondo le loro esperienze ed attitudini.

Sicurezza, riservatezza

All'interno delle RSA una particolare attenzione va posta al temperamento tra le esigenze di assistenza e di prevenzione degli infortuni domestici e il rispetto della riservatezza degli ospiti.

Il sistema segnaletico va inteso non solo come grafica e/o simboli, ma come un sistema integrato (materiali, colori identificativi dei vari percorsi, luci, piante, ecc.) che faciliti la riconoscibilità dei luoghi e dei percorsi. E' ovviamente obbligatorio l'impiego di materiali conformi alle norme di sicurezza, soprattutto antincendio, e l'assoluto rispetto delle normative vigenti.

Collegamenti funzionali

Le RSA saranno collegate funzionalmente alle strutture ospedaliere pubbliche, ai servizi di day hospital, alle strutture specialistiche poliambulatoriali, ai servizi di riabilitazione e ai dipartimenti di salute mentale.

Determinazione del fabbisogno di risorse umane

L'analisi dei fabbisogni determinata in base alla tipologia degli assistiti scaturisce dalle funzioni esplicitate dalla singola RSA. Sono, infatti, le diverse "condizioni" degli ospiti che determinano gli specifici fabbisogni assistenziali e, quindi, le unità di personale. Il fabbisogno di risorse umane è determinato secondo alle tipologie degli ospiti allo scopo di garantire un'offerta idonea.

Le RSA devono prevedere un modello organizzativo che garantisca almeno la seguente dotazione di personale:

- coordinatore sanitario: un medico specialista, preferibilmente nelle discipline di geriatria o medicina fisica e riabilitazione, con responsabilità dell'assistenza sanitaria e delle condizioni psicofisiche degli ospiti;
- personale medico: per ogni modulo di 20 letti devono essere garantite non meno di quattro ore settimanali di assistenza specialistica;
- infermieri professionali: tre unità ogni 20 posti residenza e con presenza continuativa di almeno una unità nell'arco delle 24 ore;
- terapisti della riabilitazione in numero variabile, in relazione al livello assistenziale della RSA o del nucleo e, comunque, in numero tale da assicurare almeno 20 minuti di assistenza giornaliera per ospite;
- operatori di assistenza: due unità ogni 20 posti residenza con presenza continuativa di almeno una unità nell'arco delle 24 ore per moduli a media intensità assistenziale; una unità ogni 20 posti residenza con presenza continuativa nell'arco delle 24 ore per moduli a bassa intensità assistenziale;
- figure professionali a convenzione con riferimento a particolari esigenze assistenziali.

Nelle RSA devono essere assicurate, altresì, prestazioni da parte di psicologi ed assistenti sociali per un numero di ore settimanali correlato alle esigenze degli ospiti e al livello assistenziale delle RSA.

Le RSA devono essere dotate di personale amministrativo nonché di personale da adibire ai servizi generali in rapporto al numero degli ospiti e al sistema organizzativo della struttura.

Partecipazione alle spese

In base all'analisi della normativa nazionale, si può affermare che l'indirizzo prevalente è quello di prevedere l'assunzione da parte dell'utente delle spese alberghiere e sociali, essendo quelle

sanitarie a carico del SSR.

In caso di reddito insufficiente, è previsto l'intervento dei familiari o del Comune di residenza. Nel caso di utenti fascia n.1 è previsto altresì che la partecipazione dell'utente abbia inizio dopo il secondo mese di permanenza nella RSA se l'assistito proviene da una fase di malattia acuta in ospedale e l'avvio in RSA rappresenta una fase riabilitativa prima del ritorno a domicilio.

La retta giornaliera, articolata in quota alberghiera/supporto sociale, è fissata in € 96,00 per gli utenti di fascia n. 1 e in € 76,00 per gli utenti di fascia n.2, per il diverso impegno assistenziale delle figure coinvolte nella erogazione del servizio i cui oneri sono ripartiti come di seguito esplicitato:

A- quota alberghiera/supporto sociale a carico dell'assistito/Comune di residenza = 50%

B- quota sanitaria a carico del Fondo sanitario = 50%

La quota a carico dell'assistito /Comune di residenza (50%) verrà corrisposta nel caso di:

> Indicatore Situazione Economica Equivalente (I.S.E.E) di ***utente in possesso di reddito annuale I.S.E.E. pari o non superiore a € 13.000,00 (tredicimila):***

- quota direttamente a carico dell'assistito = 0%

- quota a carico del Comune di residenza = 100%

> Indicatore Situazione Economica Equivalente (I.S.E.E) di ***utente in possesso di reddito annuale I.S.E.E. pari ad importo compreso tra € 13.000,01(tredicimila/01) € 25.000,00 (venticinquemila):***

- quota direttamente a carico dell'assistito = 50%

- quota a carico del Comune di residenza= 50%

> Indicatore Situazione Economica Equivalente (I.S.E.E) di ***utente in possesso di reddito annuale I.S.E.E. pari o superiore a € 25.000,00 (venticinquemila):***

- quota direttamente a carico dell'assistito = 100%

- quota a carico del Comune di residenza = 0 %

La compartecipazione dell'assistito al costo della retta va stabilita valutando, attraverso l'ISEE, la condizione economica del nucleo familiare di appartenenza. Tale valore numerico deve essere calcolato dall'INPS o dai Centri di assistenza fiscale o dai comuni .

Le indennità concesse a titolo di minorazione (indennità accompagnamento invalidi civili, indennità speciali per ciechi ventisimisti, indennità comunicazione sordomuti, etc..), essendo erogate per il soddisfacimento di esigenze di accompagnamento e di assistenza, possono essere utilizzate quale contributo alle spese derivanti dall'erogazione di una prestazione (ricovero in RSA) coincidente con quella per la quale l'indennità medesima viene concessa.

Nella considerazione che il legislatore statale non ha stabilito il valore dell'ISEE idoneo a far sorgere l'obbligo di assistenza, lasciando tale valutazione agli enti erogatori della stessa, le condizioni economiche richieste per l'accesso alle prestazioni di cui sopra sono quelle innanzi riportate, con eccezione per le persone con handicap permanente grave di cui all'art. 8 – comma 8 - della legge 5.2.1992, n.104, accertato ai sensi dell'art. 4 della stessa legge nonché per i soggetti ultrasessantacinquenni la cui non autosufficienza fisica o psichica sia stata accertata dall'ASReM e

per i quali è previsto l'utilizzo di un diverso parametro non basato sulla situazione economica del nucleo familiare, ma su quella del diretto interessato.

Per quanto non espressamente previsto si rinvia al D.Lgvo 109/1998, come modificato dal D.lgvo 130/2000 e ai relativi decreti attuativi.