

RSA: UNO SGUARDO D'INSIEME COME BASE PER L'ANALISI DEL SETTORE

1 - Osservazione dei dati, del contesto e bisogni emergenti

L'osservazione dell'andamento demografico mostra come le classi di età più anziane stiano aumentando notevolmente rispetto alla crescita della popolazione anziana in generale. Anziani e grandi anziani, nell'ultimo ventennio sono aumentati. La vita si è allungata e la popolazione è invecchiata, svelando nel tempo dinamiche nuove, smascherando miti e idee o giustificando previsioni e tesi.

La teoria della “compressione della morbilità” trova fragilità nella dimostrazione che, sebbene si sia allungata la vita e guadagnata salute, il periodo di malattia e in condizioni di disabilità gravi non è diminuito, è piuttosto rimasto stabile, soltanto spostandosi avanti nel tempo e apportando importanti variazioni nella gestione della persona dipendente, che non ha più 60 anni, ma per lo più 90.

Anche **i contesti domestici cambiano**, i nuclei hanno nuovi ritmi e stili di vita distanti dal passato, che vedono un maggior coinvolgimento della popolazione nel mondo del lavoro, con lo spostamento in avanti dell'età pensionabile e una forte riduzione della capacità di gestione degli anziani all'interno del contesto domestico, composto anche da sessantenni che ancora lavorano. Questa situazione che va continuamente modificandosi potrà cambiare in base a innesti, integrazioni, bonus e incentivi economici, ma non modificherà l'assetto e le prospettive, né la situazione, apportando processi solo temporanei e non sostenibili.

I dati raccolti dall'Istat sulla popolazione, relativamente a invecchiamento, malattia, disabilità e ricoveri restituiscono una fotografia definita e in continuo mutamento dell'Italia. La lettura dell'andamento demografico permette di tracciare delle prospettive e definire un futuro possibile, per il quale è essenziale preparare risposte e progetti, con un approccio scientifico dettato da esperienza, tecnologia e cultura.

Cambia il quadro sociale, muta continuamente e chiede al mondo sociosanitario, quello dei servizi alla persona, un'offerta della R.S.A. che si adatti ai nuovi bisogni e alle variazioni che il tempo, l'economia, il territorio, la medicina, l'assetto demografico e sociale producono.

Le R.S.A. seguono questi mutamenti da sempre, trasformandosi, adeguandosi, cambiando pelle, ma soprattutto incrementando i servizi, diversificando l'offerta, specializzando il personale. Se fino agli anni '70 il taglio era per lo più sociale, nel tempo la sempre minor autonomia degli ospiti, ha reso l'approccio delle residenze sempre più assistenziale e sanitario.

L'aumento dell'età degli ospiti in ingresso nelle R.S.A. ne ha reso luoghi di accoglienza per persone sempre meno autosufficienti, intensificando l'instabilità clinica, i problemi sanitari specifici e le disabilità gravi, di cui le stesse strutture hanno iniziato a farsi carico direttamente.

Se la causa del ricovero è un evento inatteso, dal quale una vita cambia definitivamente, inequivocabilmente, inderogabilmente, allora quel contesto deve essere in grado di gestire la criticità, ma anche le prospettive; questo ha reso le R.S.A. luoghi di cura, di assistenza, di terapia, ma anche di continuità affettiva e sociale, capaci di aderire a criteri di qualità eccellente e alta specializzazione tecnica, per rispondere a criticità che si sovrappongono, patologie nuove e malattie che persistono. La comorbilità è un fenomeno da gestire su pazienti sempre più anziani e complessi.

Altresì, se l'accesso alla struttura è posticipato, se la R.S.A. oggi va a sostituire le precedenti strutture residenziali per la cura di persone dipendenti, e ancor più è diventata parte del circuito sanitario, fornendo la **continuità terapeutica, riabilitativa e assistenziale, dopo le dimissioni ospedaliere**; emergono allora una serie di bisogni per altri tipi di assistenza, di soluzioni diversificate, innovative, volte a rispondere a necessità diverse.

2 - La R.S.A.

La R.S.A. è una struttura extra-ospedaliera per anziani disabili, prevalentemente non autosufficienti, non assistibili a casa, dal proprio nucleo. I servizi erogati riguardano cure sanitarie, assistenziali, di recupero funzionale e sociale; è la struttura residenziale che raccoglie e porta al massimo livello prestazionale l'offerta sociosanitaria sul territorio, perché offre il massimo servizio erogabile alla popolazione, al contesto in cui si integra.

Questo è un punto cruciale nell'offerta del servizio che deve innestarsi dove nasce il bisogno e va sostenuto sul posto, dagli enti, dalle istituzioni, dalla popolazione. Questa la consapevolezza post pandemia, che il quartiere, il paese, la città, il contesto sono legati indissolubilmente alla popolazione e che la presenza di servizi sul territorio, ne definisce la capacità di sussistere, resistere, sopravvivere.

Se la R.S.A. ospita a tempo determinato o diviene residenza definitiva dell'anziano, è per antonomasia la sede della pratica geriatrica, quindi il centro più preparato e specializzato nel rispondere alle esigenze dell'anziano sul territorio, per questo è essenziale che realtà di questo tipo siano presenti e vive in tutti i quartieri in maniera omogenea rispetto alla densità e alla richiesta, stimolando la crescita e sostenendo la sussistenza di quelle piccole realtà di quartiere che, oltre a restituire un servizio capace della qualità richiesta dalle istituzioni, sia aperto al territorio e capace di rispondere alle sue necessità, integrandosi nella rete di servizi esistenti e collegandosi, arricchendo il territorio, il quartiere, il paese, la città, il contesto, offrendo strumenti integrati, capaci di rispondere ai bisogni della popolazione più anziana e fragile.

Ad oggi, quindi, la definizione più completa è ancora quella prevista dal D.P.R. 14/01/1997 secondo cui, le R.S.A. sono dei presidi che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti di patologie, fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili al domicilio, un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa accompagnata da un

livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera, modulato sulla base del modello assistenziale adottato dalle regioni e province in autonomia.

La R.S.A. offre:

- Una sistemazione residenziale con un approccio familiare e domestico, nel quale l'anziano e il suo familiare possono apportare un carattere, una peculiarità; organizzata in modo da rispettare il bisogno individuale di riservatezza e di privacy;
- L'integrazione di competenze specializzate di medici, infermieri e tecnici della riabilitazione, necessari a prevenire e curare le malattie croniche e le loro eventuali riacutizzazioni;
- Attraverso un PAI, un'assistenza individualizzata, orientata alla tutela e al miglioramento dei livelli di autonomia, al mantenimento degli interessi personali e alla promozione del benessere.

La R.S.A. realizza, pertanto, un livello alto di assistenza sanitaria (medica, infermieristica e riabilitativa) che, integrato da un secondo livello di assistenza tutelare ed alberghiera, garantisce interventi di natura sociosanitaria, temporanei o a tempo indeterminato, destinati a migliorare i livelli di autonomia degli ospiti, a prevenire e curare le malattie croniche e la loro riacutizzazione.

L'utenza in R.S.A. è caratterizzata per:

- Interesse geriatrico (solitamente ≥ 65 anni, che ormai si è traslata agli over 80);
- Perdita di capacità, abilità, autonomia nell'espletamento delle attività quotidiane;
- Condizioni di comorbidità;
- Condizioni sociali che non permettono l'autonomia al proprio domicilio, neppure con prestazioni semi-residenziali;
- Bisogno di assistenza tutelare, comprensiva del mantenimento dei contatti sociali e di programmi riabilitativi o di animazione;
- È potenzialmente la sede migliore da cui erogare prestazioni residenziali e semiresidenziali diversificati, sui bisogni espressi dalla popolazione del territorio, conoscendone le peculiarità e essendo parte di una rete di servizi su di esso innestati;
- Attua ricoveri in forma elastica: temporanei, periodici, centri diurni, ricoveri notturni, ribadendo la capacità di fornire ed erogare prestazioni di alto livello, con la capacità di modulare e pesare l'offerta sulla necessità e richiesta, nella routine come in emergenza;
- Garantisce un'apertura al territorio anche in termini di riabilitazione geriatrica extra ospedaliera. L'innesto di attività riattivi in R.S.A. porta benefici esterni come interni, migliorando le cure sanitarie in residenza.

In termini di rete, il Covid ha insegnato come la presenza di R.S.A. collegate agli ospedali ha permesso la messa a disposizione di posti letto aggiuntivi a quelli ospedalieri, in situazioni critiche e di emergenza sia sanitaria che sociale.

La caratteristica residenziale della R.S.A. definisce la distanza tra questo tipo di contesto e un Pronto Soccorso. La possibilità di costruire un PAI articolato e integrato, arricchito da più componenti e competenze, la definizione di obiettivi qualitativi e quantitativi misurabili, la consapevolezza di una realtà emotiva e sociale, coinvolta nel percorso terapeutico, permettono la pianificazione di un progetto di cura e assistenza accogliente e domestico, capace di prendere in carico la persona e accompagnarla come se fosse nella sua casa, in tutte le sue attitudini e peculiarità. La valutazione multidimensionale geriatrica è lo strumento migliore alla definizione del progetto assistenziale.

Autorizzazione, accreditamento e qualità sono i pilastri su cui costruire l'approccio in R.S.A..

Se L'autorizzazione al funzionamento è la concessione all'inizio, Accredimento e Qualità si sovrappongono per permettere la sussistenza de servizio nel tempo. Un sistema di qualità definito, organizzato, ma in continuo sviluppo, garantisce l'uso di prassi e procedure nei quali il progetto di cura si declina.

Parlare di indicatori di qualità, significa direttamente parlare della vita dei residenti. Raccogliere dati, registrare attività e procedure, seguire percorsi e farne letteratura permette la validazione degli eventi, la possibilità di aggiustare il tiro, modificare posizioni, valutare l'andamento di tutti i processi e di tutta la vita in struttura, dalla gestione degli orari delle pulizie alle attività riabilitative, ala gestioni degli ordini della cucina, alla protocollazione della posta. Questo permette di comprende anche quanto le attività svolte siano aderenti a capaci di rispondere ai bisogni dei residenti.

3 - Attività, ruoli e specificità

Il cuore della R.S.A. è racchiuso nell'attività sanitaria che ha in sé alcune figure professionali specifiche.

Competenza Medica: che si fa carico del residente, del suo progetto, della sua salute e ne è primo referente. Responsabile dell'equipe che prende in cura il residente ne definisce il percorso terapeutico ed è corresponsabile della qualità di vita della persona. Il suo lavoro esita nella cartella clinica e nelle linee operative riguardanti la salute del paziente.

Competenza Geriatrica: il geriatra solitamente è anche il DS, specializzato nella materia, spesso affida la cura diretta dei pazienti ad altri medici e supervisiona l'andamento della struttura in tutti i suoi processi, nello specifico sui PAI.

Competenza Infermieristica: la presenza degli infermieri è essenziale in tutti i nuclei. La sua presenza varia in base al numero di ospiti ma va garantita sulle 24h.

Competenza Fisioterapeutica: in R.S.A. deve essere presente la figura del fisioterapista, proporzionata al numero di residenti.

Competenza OSS: essenziali alla vita dei residenti, si occupano delle attività diurne e notturne, coprono le 24h. in numero adeguato e proporzionale agli ospiti.

Competenza Animatore, educatore, psicologo: essenziale in termini di gestione del fabbisogno sociale e psicologico dei singoli e della comunità. Stimolano la socialità, la condivisione, il recupero di una esistenza e il suo valore. Ne è raccomandata la presenza.

Precisazioni: In R.S.A. va promossa la persona, il suo benessere, la sua salute, con un approccio integrato, riducendo l'instabilità clinica, mantenendo, se non recuperando la migliore condizione possibile, in termini di beneficio in tutti gli ambiti esistenziali del residente. La cartella clinica va sostenuta da un sistema capace di valutare il percorso fatto e i risultati raggiunti, desumibili dagli esami clinici, di laboratorio, ECG. I prelievi devono poter essere svolti in struttura. Il presidio per le attività dalle infermieristiche a quelle fisioterapiche devono essere presenti e a disposizione degli operatori.

4 - I Costi

I costi di Gestione valgono sia per le R.S.A. a gestione diretta, sia per siano private in convenzione. Per essere individuati correttamente, vanno prese in considerazione le funzioni prodotte nelle due tipologie esistenti:

- R.S.A. per anziani non autosufficienti;
- R.S.A. per disabili.

I tipi di costi sono 4:

- *Costi di edilizia* (investimenti, manutenzioni, impianti)
 - Ammortamento dei costi di investimento (in R.S.A. in rapporto di convenzione)
 - Manutenzione ordinaria (edilizia e impianti)
 - Manutenzione tecnologica
 - Manutenzione straordinaria (in caso di gestione diretta)
- *Costi alberghieri* (e generali): ristorazione, guardaroba e lavanderia, pulizie ambienti
 - Coordinamento
 - Amministrazione/gestione
 - Valutazione della qualità del servizio
 - Spese generali
- *Costi di assistenza sanitaria*:
 - Assistenza infermieristica
 - Assistenza medica e riabilitativa
 - Assistenza e consulenza specialistica (geriatrica, psichiatrica...)
- *Costi di assistenza sociale di rilievo sanitario*
 - Funzioni Assistenziali: igiene personale (aiuto nelle attività quotidiane)
 - Funzioni di Animazione, socializzazione e assistenza psicologica; attività ricreativa e psicomotoria, musicale e ludica

I costi edilizi, le funzioni alberghiere e quelle sanitarie hanno un costo specifico, mentre per le funzioni amministrative, di direzione e animazione i costi dipendono dalle figure professionali coinvolte e della loro percentuale di impegno.

5 - Determinazione del fabbisogno di personale

Gli assistiti, la natura della R.S.A. e dei posti letto e le conseguenti competenze richieste definiscono il fabbisogno del personale e delle sue specifiche qualifiche.

Esso va definito sulla tipologia degli ospiti, allo scopo di garantire un'offerta idonea. Occorre quindi un approccio analitico di stampo fenomenologico/operativo, tendente a modulare la gestione del servizio alle differenti condizioni di necessità. Va quindi descritta una giornata tipo con tutte le sue attività, con l'integrazione e la sovrapposizione di competenze necessarie allo svolgimento delle prassi definite, l'affiancamento di mansioni e ruoli, l'identificazione del tempo necessario ad espletare i compiti. Da cui risulta la definizione di un orario in cui incasellare i momenti della vita dell'ospite, definiti da innesti di tecnici specializzati. Il mosaico completo restituirà il numero di operatori necessari per mansione e, di conseguenza, il loro costo.

Una analisi di questo tipo prevede uno schema a matrice, uno strumento preciso, che permetta di inserire tutto ciò che va fatto e si sovrappone e succede nell'arco di una giornata, con tutte le sue variabili.

Le variabili ad esso connesse sono: il layout degli spazi, la qualità e il tipo di strumenti operativi, le dimensioni della R.S.A., le caratteristiche strutturali e organizzative, il mix di ospiti che prevede assistere, l'organizzazione del lavoro, il tipo di gestione dei servizi, il tipo di contratto somministrato ai diversi operatori del settore, il rapporto tra orario lavorativo e tempo di contatto con la persona in cura.

I Costi

Analisi dei costi (schematizzata)

- Costo del personale

- Spese di Amministrazione

A) assicurazioni

B) postali, telegrafiche, telefoniche

C) abbonamenti ai giornali, libri, riviste

D) elaborazione dati

E) tesoreria

F) tecniche legali

G) imposte, tasse, licenze

- Spese Generali

a) Utenze

b) Lavanderia e guardaroba

- c) Pulizie e disinfezione
- d) Adesioni a convegni e associazioni
- e) Materiale per animazione
- f) Divise
- g) Spese di trasporto
- h) Minuteria
- i) Smaltimento rifiuti
- j) Vitto
- k) Spese sanitarie e farmaceutiche
- l) Manutenzione ordinaria
- m) Manutenzione straordinaria e rinnovo tecnologico
- n) Oneri finanziari

Questo riepilogo funziona come schema per la gestione per centri di costo. Tale gestione prevede uno schema a matrice, nel quale inserire i dati sopra elencati, funzionale a all'individuazione della quota a carico del FSN e quella a carico dell'Ente locale e/o del residente.

Si evidenziano tre categorie a cui imputare i diversi costi delle rispettive funzioni:

- 1) Costi totalmente sanitari, riferibili alle voci assistenza sanitaria e funzioni assistenziali;
- 2) Costi totalmente non sanitari, riferibili alla voce funzioni alberghiere;
- 3) Costi non riconducibili integralmente a una delle due categorie sopraindicate, riferibili alle voci Costi edilizi, funzioni di amministrazione e direzione e funzioni di animazione e assistenza psicologica.

Relativamente alla categoria Costi edilizi, si ritiene opportuno dividere i costi a metà imputandone quindi il 50% al FSN. Mentre la terza categoria prevede un processo differente.

Rispetto ai costi di direzione, amministrazione, animazione e socializzazione risulta difficile definire la ripartizione tra quota sanitaria e non sanitaria, si propone quindi questa standardizzazione: la definizione della quota gravante sull'FSN si può ottenere calcolando l'incidenza dei costi totalmente sanitari e di quelli totalmente non sanitari, rispetto alla somma totale.

Costi di Gestione

- ❖ Costi totalmente sanitari
 - Personale
 - > IP
 - > Terapista riabilitazione
 - > Assistente di base
 - > Medico di base
 - > Geriatra
 - > Fisiatra
 - > Psicologo
 - > Coordinatore oss
 - > Coordinatore medico
 - > Podologo

- Coordinatore infermieristico
- Medicinali e presidi sanitari
- Prestazioni e consulenze diagnostiche e terapeutiche

❖ Costi totalmente non sanitari

- Vitto
- Lavanderia
- Pulizie

❖ Costi misti (sanitari e non sanitari)

- Personale
 - Terapista occupazionale
 - Responsabile di Struttura
 - Amministrativo
 - Parrucchiere
- Assicurazioni
- Spese generali
- Materiale di consumo e piccole attrezzature

❖ Costi misti

- Manutenzione ordinaria
- Manutenzione Straordinaria
- Ammortamenti

Il carico delle Spese

La quota sanitaria è a carico dell'ASL, in R.S.A., mentre le competenze di compartecipazione sono a carico del residente, fatta salvo una condizione reddituale inesistente o molto scarna dell'ospite, che ne prevede una presa in carico da parte degli Enti locali di completamento o integrazione.

La struttura può inoltre beneficiare, a saldo della retta a carico del residente, dell'accompagnamento ed eventualmente della pensione, nella misura percepita e capace di compensare l'importo dovuto, con rispetto verso la dignità della persona e dei suoi diritti.