

RSA come garantire le cure sanitarie ed il diritto alle relazioni

Proposte per la riorganizzazione delle cure

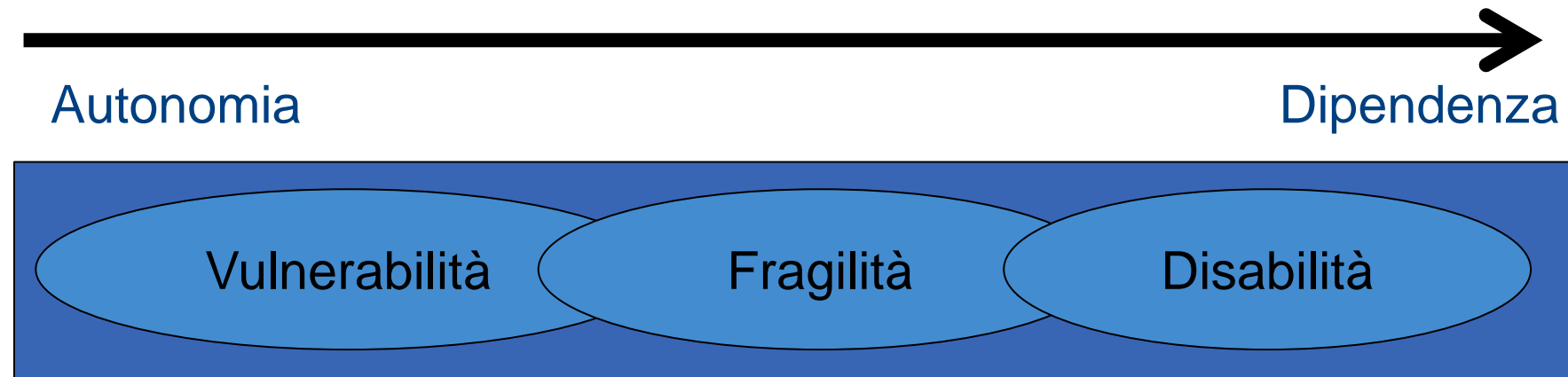
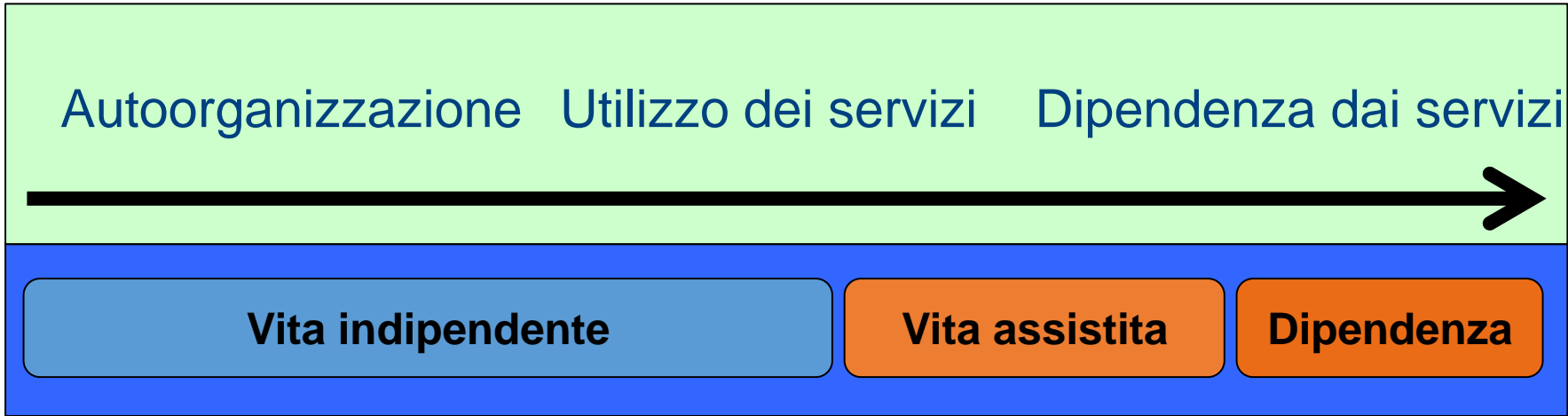
Paola Di Giulio, Torino



**RSA, COME GARANTIRE
LE CURE SANITARIE
E IL DIRITTO ALLE RELAZIONI**

Alcune premesse (EHIS-Istat 2019)

- 6,9 milioni di anziani >75
- 2,7 milioni con gravi difficoltà motorie, comorbidità e compromissione dell'autonomia
- 1,3 milioni (18.8%) non possono contare su un aiuto adeguato alle loro necessità
- 1 milione vive solo o con familiari >65 senza supporto o con livello di aiuto insufficiente
- 100 mila anziani soli o con familiari anziani oltre a non avere aiuti adeguati sono anche poveri economicamente (max 650 euro mensili) e non riescono ad accedere ai servizi a pagamento
- 400 mila persone ad altissimo rischio di istituzionalizzazione per solitudine, mancanza di aiuto, problemi di salute, economici
- (400 mila dei 2.7 milioni vivono in strutture con barriere architettoniche)
- ... e dopo il Covid?



Vita indipendente

Housing sociale life-resistant

Certificazioni life-resistant

Alloggi singoli pubblici-agevolati

Alloggi singoli privati-adattati

Alloggi accorpati mono-generazionali

Alloggi accorpati Inter-generazionali

Vita indipendente condivisa

Co-housing

Appartamenti in condivisione

Cantous

Abbeyfield

Vita indipendente protetta

Alloggi protetti

Appartamenti in rete

Abitazioni diffuse

Vita assistita

Servizi di prossimità e servizi accessori alla vita indipendente e assistita

Spesa a domicilio

Farmaci a domicilio

Pasti a domicilio

Trasporti assistiti

Bagno assistito

Cura della persona

Centri di ascolto

Volontariato di comunità

Animazione del tempo

Arricchimento delle relazioni

Vita di comunità

Governo della casa (COLF)

Portineria sociale

Assistente personale (Badante)

Operatori di prossimità

Assistente di comunità

Contratti Canguro

Telesoccorso

Primo Intervento

Assistenza diurna/notturna/integrativa

Addestramento care-giver

Sostituzione care-giver

Centro servizi di comunità e Web Services

Servizi di supporto amministrativo

Servizi di cure primarie e servizi domiciliari formalizzati

Medicina generale e Medicina in Rete

Consultorio familiare geriatrico

Continuità assistenziale

SEU/118

ADI generale

Assistenza domiciliare sociale (SAD)

ADI dedicata

ADI Cure Palliative

Servizi di vita assistita

Comunità alloggio

Case Albergo/Hotel

Residenze comunitarie

Residenze sociali (R3)

Alzheimer Café

Meeting Point

Memory Care Unit

Servizi integrati e polifunzionali

Centri di aggregazione

Centri polifunzionali

Centri Diurni integrati

Sistemi abitativi integrati

Centri diurni Alzheimer

Dipendenza e Fine Vita

Servizi residenziali istituzionali e specialistici

Residenze socio-sanitarie (R2)

Residenze socio-sanitarie specializzate (R1)

Nuclei SLA (R1)

Nuclei SV (R1)

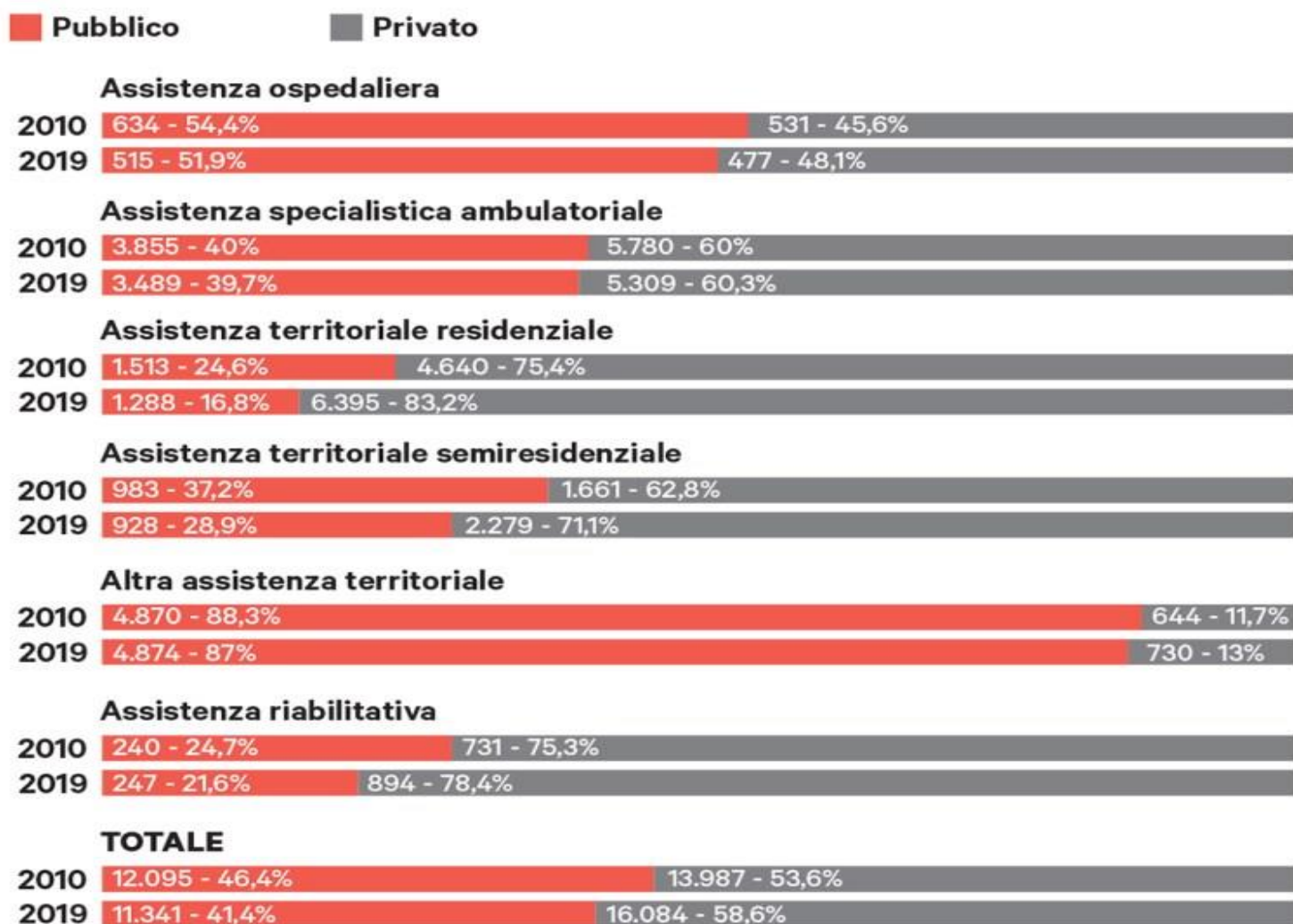
Hospice (R1)

Le criticità

- **oggi le Rsa hanno molteplici facce**, ci sono entità pubbliche, moltissime private, molte del privato sociale,
- non esiste un modello unico
- **ogni regione norma autonomamente, gli indicatori di accreditamento**
- **ed i livelli di qualità divergono, così come le contribuzioni regionali ed i costi delle rette**

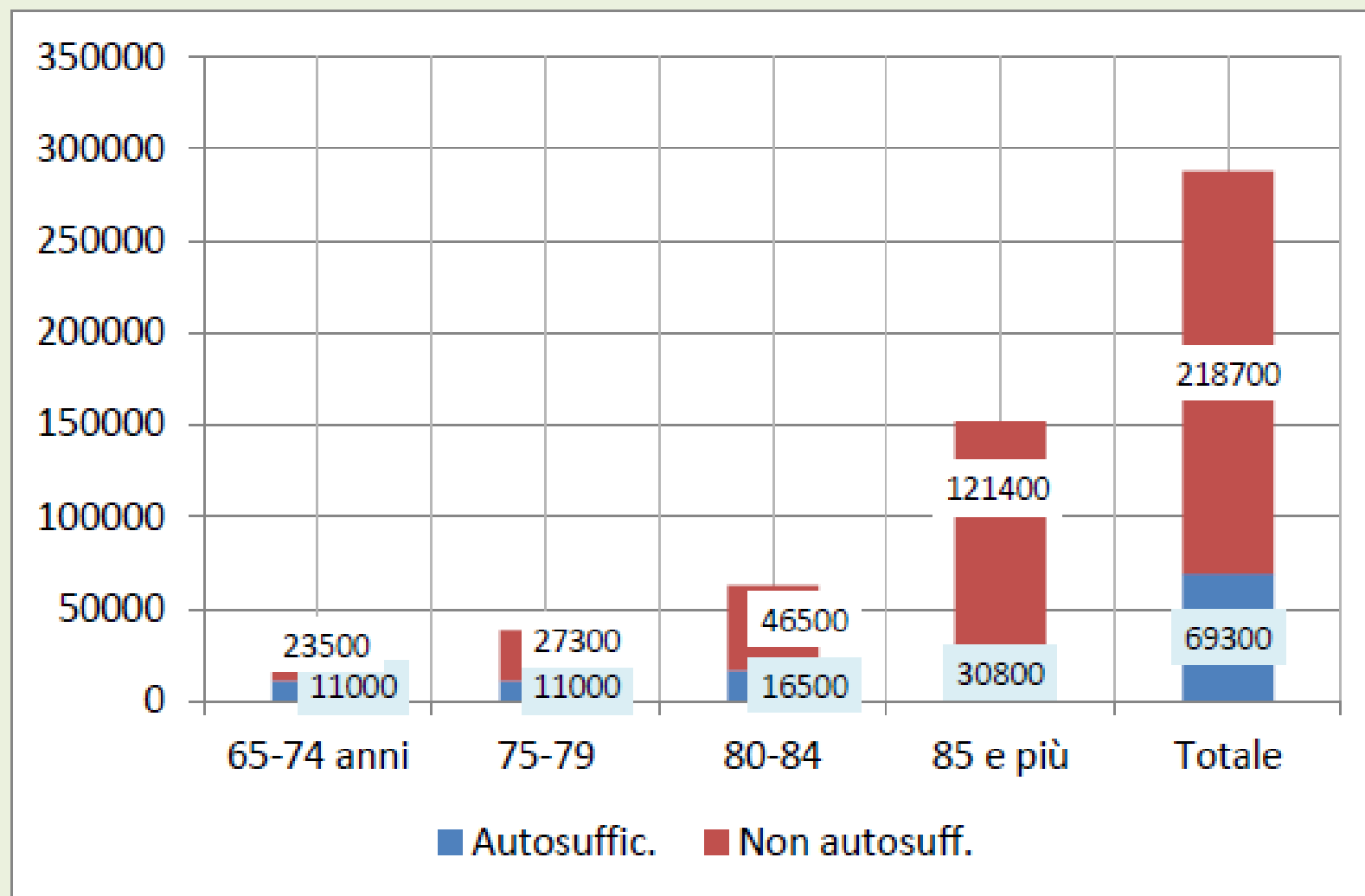
LE STRUTTURE DI RICOVERO SUDDIVISE PER ASSISTENZA EROGATA E PER NATURA PUBBLICA O PRIVATA ACCREDITATA

I dati indicano il totale delle strutture e il loro valore in percentuale



Fonte: Rielaborazione a cura di *Altraeconomia* sui dati degli annuari statistici del Servizio sanitario nazionale 2010 e 2019. Ministero della Salute, 2021

Fig. 2.9 - Anziani ospiti delle strutture residenziali per età



Dati ISTAT

Popolazioni dei servizi residenziali: anziani non autosufficienti, disabili,

Tipologia	Motivazioni
RSA tipica	<p>Superamento della tenuta del sistema domestico in anziani gravemente compromessi. Una storia di più anni. Crescita della complessità assistenziale, superamento delle capacità di familiari e assistenti familiari. Aumento di episodi di instabilità clinica (infezioni, difficoltà nutrizionali, episodi di scompenso, nuovi eventi) con frequenti accessi a PS, ricoveri o inadeguate risposte sanitarie locali. Ultimi 12-24 mesi che precedono il termine naturale dell'esistenza.</p>
RSA tipica, disagio sociale grave	<p>Popolazioni speciali, con grave vulnerabilità sociale: senza fissa dimora, ex detenuti, problemi residuali di salute mentale, dipendenze, disagio sociale grave, abitazione e reti familiari assenti o inadeguate. Impossibile trovare soluzioni alternative in assenza di reti di sostegno. Limitazioni IADL o concomitanza di patologie o problemi di salute mentale, rendono critica la vita quotidiana: approvvigionamento di cibo e farmaci, capacità di tutelare alimentazione o salute, accelerazione del decadimento dello stato di salute, amplificazione dei rischi (cadute, cadute in solitudine), isolamento o confinamento. I servizi municipali possono essere coinvolti ma superati nelle loro possibilità di intervento.</p>
Nuclei speciali Alzheimer	<p>Demenza e disturbi del comportamento. La relazione con l'ambiente abitativo. I comportamenti inappropriati. La tensione continua della protezione e della sorveglianza. I cambiamenti delle relazioni personali, la difficoltà di governo delle emozioni reciproche. Elevato rischio di burn-out</p>
SV, SMC, SLA, MNM	<p>Eccessiva complessità clinico-assistenziale. Costi umani, organizzativi ed economici troppo elevati per un'assistenza adeguata a domicilio (terapie di supporto vitale, presidi specifici) e difficoltà di gestione di complicazioni o imprevisti. Carenze del sistema di intervento domiciliare e del supporto sanitario e specialistico. Elevato coinvolgimento emotivo e elevato rischio di burn-out. Conciliazione vita, cura, lavoro.</p>
Sollievo e post-acuzie	<p>La famiglia non è ancora pronta, ha bisogno di tempo per organizzarsi. Oppure, è chiamata ad affrontare una crisi organizzativa temporanea o una fase di criticità fisica ed emotiva.</p>

La variabilità di problemi e bisogni in base al tipo di paziente assistito in strutture residenziali

Bisogni, priorità o aree di attenzione	RSA tipica	Nuclei Alzheimer	Disagio sociale	DCC (SV, SMC)	SLA/MNM	Post-acuti
BADL	+++	+	+/-	+++	+++	++
IADL	+/-	+	++	NP	+++	++
AADL	+/-	+	++	NP	+++	+
Fragilità	+++	+	+	+/-	+/-	++
Vulnerabilità sociale	+/-	+/-	+++	+/-	+/-	+/-
Comorbilità	+++	+	+/-	++	++	++
Instabilità clinica/Bisogni clinici	++	+/-	+/-	++	++	+++
Comunicazione	+	+	No	+++	Tecnologica	+/-
Comprensione	+	++	+/-	+++	NP	+/-
Problemi di comportamento (BPSD)	+	+++	++	+	+	+
Supporto alle autonomie	+++	++	+/-	+++	+++	++
Bisogni Cure Palliative	+++	+	+/-	+++	+++	+/-
Bisogni riabilitativi motori	+	+	+/-	++	++	++
Bisogni riabilitativi neurocognitivi	No	++	+	++	NP	+
Supporto psicologico persona	+/-	NP	+++	NP	+++	+
Supporto psicologico famiglia	++	++	NP	+++	+++	+
Supporto psicologico operatori	+	+++	+++	+++	+++	+/-
Ventilazione meccanica	Rara	No	No	++	++	+/-
Nutrizione artificiale	+	No	No	+++	+++	+/-
Tracheostomia	Rare	No	No	++	++	+/-
SNG/PEG	++	No	No	+++	+++	+/-
Polifarmacoterapia	+++	++	+	+++	+++	++
Disfagia	++	+/-	No	NP	+	+/-
Imboccamento/Supervisione al pasto	++	+++	No	NP	+	++
Rischio cadute	+	+++	+	NP	NP	+++
Rischio LDD	+++	+/-	No	+++	+++	+++
Delirium	+++	+++	No	NP	+	+++

I nodi da tenere presenti

- la distribuzione territoriale (con tutti i distinguo riguardanti le aree metropolitane, diverse dagli altri contesti)
- Quale la dimensione ottimale ? il principio “piccolo è bello” si scontra con la sostenibilità ed i costi di gestione. Un “consorzio” tra comunità vicine? Integrazione in altre strutture in base ai servizi offerti?
- la struttura (dimensionamenti e adeguatezza di posti letto, spazi e servizi) – il dimensionamento della struttura (minimo 100 pl?) e la distribuzione degli stessi per moduli (20/25 pl?) con contesti diversificati in base ai bisogni degli ospiti

I nodi da tenere presenti 2

- le attrezzature, le tecnologie ed i presidi necessari per l'assicurazione delle attività assistenziali e riabilitative e/o di supporto riservate agli ospiti, in condizioni di sicurezza
- le dotazioni organiche – in base a tipo di ospiti e contesti assistenziali: numero di operatori adeguato, per tipo e numero per l'assicurazione delle attività e prestazioni stabilite
- i ruoli e le responsabilità di direzione e coordinamento
- I modelli organizzativi ed i sistemi di cura/assistenza/riabilitazione - privilegiando modelli avanzati di presa in carico e l'utilizzo ordinario di procedure e protocolli, nonché di schede e documentazioni cliniche

4° Rapporto dell'Osservatorio Long Term Care

Cergas Bocconi 2022

- scarsità di figure centrali nella cura e nell'assistenza dei senior
- nelle Rsa italiane mancano all'appello il 26% degli infermieri, il 18% dei medici e il 13% degli Oss per carenza strutturale di figure professionali e competizione tra settore sanitario e sociosanitario
- Tutti i gestori delle Rsa partecipanti dichiarano di vivere una situazione critica nella gestione delle persone già impiegate a causa della carenza di personale a livello italiano (94%), della motivazione (56%) e dei casi di burn out (38%).

Alcuni dati

Tasso di infermieri nei servizi residenziali ogni 100 anziani (OCSE 2020)

Italia 0.2

Irlanda 1.1

Olanda 1.5

Svizzera 3

Personale presente nei presidi per anziani 0.51 per PL

Valle d'Aosta, Lombardia e provincia di Trento 0.70

Molise e Sicilia 0.30

Lavoro nella LTC

72% degli operatori appartiene all'area funzionale/assistenziale

16% area infermieristica

5% area educativo-relazionale-animativa

4% area riabilitativa

1.5% area medica (Pelliccia 2019)

L'importanza dei «numeri»

- Minor presenza di personale, maggior diffusione del Covid-19 (Figueroa et al, 2020)
- 8.7 infermieri e 31.7 OSS per 74.8 PL (0.51 per residente) ...i numeri attuali forse inferiori (ISS 2020)
- Standard in grado di assicurare la qualità delle cure: 2.8 ore die Asa/Oss (nurse aids) e 1.3 ore die di personale professionale (0.82) (FTE 1.760) (USA dept of Justice 2015)
- Standard reale 3.2 ore residente, 0.64 solo per infermieri e Asa/Oss (Banaszack-Holl et al, 2018)

IL team di cura in RSA

- Infermiere
- Fisioterapista
- Terapista occupazionale
- Educatore professionale
- OSS/OSA
- Psicologo
- MMG
- Geriatra
- Assistente sociale
- Volontari
- Coordinatore medico
- Coordinatore personale sanitario
- Farmacista
- Podologo
- Specialista in wound care
- Dietista
- Infermiere addetto al controllo delle infezioni
-

Contenuti fondamentali per la formazione degli operatori della cura e assistenza dell'anziano fragile

- ragionare in termini di complessità,
- di riconoscere l'influenza continua dell'ambiente sulla stessa struttura biologica e sulla clinica;
- tensione ad una forte integrazione dei servizi,
- coinvolgimento del territorio nel percorso di insegnamento;
- orientamento alla ricerca, capace di coinvolgere tutte le professioni di aiuto
- ricerca in grado al tempo stesso di “produrre ricadute sulla qualità delle cure” e di “rappresentare una scuola per gli operatori stessi”

Le RSA che vogliamo....

- Non mini-ospedali... ma con una componente sanitaria ben strutturata
- No luoghi di custodia (ma luoghi di cura) vocazione riabilitativa; far vivere nel miglior modo possibile in presenza di limitazioni
- Vita di relazione il più ricca possibile (animazione, palestra, attività motorie, -→volontari), APERTE ALLE VISITE
- Fantasia nelle modalità di presa in carico (terapie non farmacologiche...)
- Evitare la logica delle «istituzioni totali» (far «sentire persona; garantire la privacy)
- Sviluppare competenze nel fine vita
- Struttura, risorse umane, organizzazione....

Per concludere

- Servizi residenziali come un elemento del *continuum*. Centri multiservizi e multifunzione? Centrali di erogazione di servizi?
- Le residenze non dovrebbero fornire posti letto, ma sostegno a progetti di vita nel momento della loro massima crisi: la biografia della persona , compresa la sua rete di relazione è importante quanto la storia clinica delle sia patologie (Guaita 2000)
- Le popolazioni speciali: risposte appropriate e proporzionate;
- Nuove competenze o giuste competenze (cliniche, specialistiche, assistenziali, riabilitative, educative, psicologiche)

Per concludere

- Non esiste un modello ottimale di presa in carico né una composizione fissa del team di cura
- L'integrazione della RSA nella rete dei servizi consentirà di avere più facile accesso alle competenze necessarie
- Riflessione sulle competenze core che vanno garantite indipendentemente dalla composizione dell'equipe

Per concludere

- Il numero di ore che gli operatori possono dedicare ad ogni paziente , è il tema sul quale si gioca gran parte dell'efficacia degli interventi
- se le figure di assistenza sono numericamente adeguate ma non guidate e formate in modo efficace i benefici sono irrisori
- gli attuali parametri stabiliti per le RSA sono spesso insufficienti per assicurare le giuste cure
- necessità di una revisione al rialzo dei parametri, degli OSS, dei fisioterapisti, degli infermieri

Le parole di Moyra Jones (1999)

- «non accogliete le persone in ambulatorio, organizzate un salottino da un'altra parte, fate trovare un the o un caffè, per loro ed i familiari. Non date l'impressione di non aver tempo. Non parlate di malattie, rimandate a dopo l'anamnesi e parlate di voi e loro»