

**DELIBERA DI GIUNTA REGIONALE 29.12.1995 N. 6619 "L.R. 13/1995, art. 22,
comma 1 – L. 107/1990 – 1° Piano di Intervento a Medio Termine per l'area ospedaliera
nel triennio 1995-1997 e Piano regionale sangue, plasma ed emoderivati".
Punto 3.5 Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A.)**

3.5 Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A.)

Le R.S.A., la loro funzione e i meccanismi di funzionamento.

L'art. 17 della L.R. 13/95 ha già definito ruolo e funzioni delle R.S.A. quali:

- "strutture destinate a fornire assistenza continuativa ad elevato contenuto sanitario ed a prevalente indirizzo riabilitativo a soggetti anziani non autosufficienti e a soggetti temporaneamente non autosufficienti nonché a soggetti affetti da handicap fisico e psichico": quindi l'offerta da predisporre deve riguardare "tutti" questi soggetti ed a prescindere dalla temporaneità o cronicità del bisogno;
- "strutture distrettuali inserite in una rete di servizi; svolgono una funzione intermedia tra l'ospedale ed i servizi sanitari e socio-assistenziali del territorio e concorrono al graduale rientro nei livelli di spedalizzazione": sono quindi strutture del sistema sanitario, con funzione specifica ma integrata con gli altri servizi ed il loro dimensionamento deve correlarsi anche con il risultato atteso sul versante della riduzione del tasso di spedalizzazione.

Ne consegue che la loro strutturazione va perseguita contestualmente ad altre azioni di riorientamento dell'offerta a livello delle singole Aziende per i servizi sanitari, ridefinendo l'articolazione e l'organizzazione dei servizi in termini funzionali ad una logica di "rete dei servizi" per gli anziani, gli handicappati e per tutti i soggetti con problemi di non autosufficienza.

Tali azioni riguardano in particolare:

- a) la riorganizzazione dell'offerta ospedaliera aziendale (per le già evidenziate dirette correlazioni);
- b) ~~l'attivazione dei distretti (trattandosi appunto di strutture distrettuali) ed il potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata;~~
- c) l'attivazione delle Unità di Valutazione Geriatrica, quale modalità di lavoro multidisciplinare distrettuale deputata a filtrare le domande, valutando i soggetti (da ammettere alle R.S.A., oltre che all'A.D.I.) con un metodo univoco di valutazione multidimensionale, a redigere il progetto assistenziale, a seguire l'esecuzione dello stesso ed a verificare l'attuazione dei programmi terapeutici ed i risultati attesi;
- d) la promozione dell'integrazione con il settore sociale, con le risorse degli Enti Locali, delle L.P.A.B., del volontariato e del privato-sociale.

Il fabbisogno programmato

Nel determinare il fabbisogno programmato non appare proponibile, nel contesto regionale una applicazione meccanica delle indicazioni nazionali sulle R.S.A., peraltro di differente fonte giuridica e incomplete su numerosi aspetti.

In particolare tali indicazioni, che comporterebbero una "nuova" dotazione strutturale pari al 2% della popolazione ultrasessantacinquenne (circa 4.500 posti letto nel nostro caso) muovono dal presupposto - ribadito dalle "Linee guida sulle R.S.A. emanate dal Ministero della Sanità il 31/3/94 - che accanto alle R.S.A. vi siano "Residenze Assistenziali caratterizzate da diversi livelli di protezione sociale e di assistenza tutelare offerta ad anziani autosufficienti non bisognosi di assistenza sanitaria specifica".

Nel contesto regionale, invece, sono già operanti 50 strutture con circa 4.400 posti letto che ospitano annualmente circa 5.500 anziani non autosufficienti e, per una quota molto ridotta, handicappati fisici e psichici.

Non esiste, pertanto, il problema di costruire nuove strutture quanto la necessità di riequilibrare territorialmente (incrementando la dotazione nelle aree territoriali carenti - in particolare nella città di Trieste) e di riqualificare funzionalmente (sul piano edilizio, assistenziale, gestionale, della socializzazione e della umanizzazione) la rete di "Residenze Protette" già esistente sul territorio.

Inoltre, nell'offerta residenziale complessiva regionale, va considerato che vi sono altri 4.500 posti letto dedicati ad anziani autosufficienti (dei quali 1.479 nelle Abitazioni Polifunzionali) che possono rappresentare, almeno in parte, un potenziale polmone strutturale riconvertibile.

Per il primo triennio, si ritiene quindi indispensabile che le Residenze Protette concorrano pienamente alla soddisfazione della domanda di ospitalità di non autosufficienti cronici (6.000 soggetti: vedi precedente capitolo 2.3.), il cui corrispondente fabbisogno strutturale viene programmato in 4.800 posti letto, pari al 2% della popolazione ultrasessantacinquenne stimata a fine triennio, e che è configurabile nei 4.400 posti letto esistenti, nei circa 300 posti letto realizzabili nel triennio per effetto degli investimenti operati sulla L.R. 44/87 e su autofinanziamento degli enti gestori, e nei 120 posti letto predisponibili all'ITIS di Trieste per effetto dei finanziamenti già operati sull'art. 20 della L. 67/88.

E' evidente che, nel triennio, sarà indispensabile procedere a livello regionale alla "generale riconsiderazione" di dette strutture prospettata dal comma 3 dell'art. 17 della L.R. 13/95. Nelle more della stessa, quindi, non si procede, alla istituzione di "R.S.A." per non autosufficienti, per non creare artificiose ed anacronistiche differenziazioni fra strutture che opererebbero sullo stesso tipo di domanda e, viceversa, si investe sulla residenzialità per non autosufficienza temporanea per la quale non c'è offerta esistente.

Su queste basi il fabbisogno programmato di R.S.A per soggetti temporaneamente non autosufficienti è stato determinato in 1.280 posti letto - pari allo 0,52% della popolazione ultrasessantacinquenne -, dotazione in grado (con un indice di occupazione del 95% e una degenza media di 40 giorni) di ospitare la previsione (di cui al precedente punto 2.3.) di 12.000 accoglimenti attesi necessari a garantire il livello di assistenza obiettivo del presente piano.

Con riferimento alle R.S.A. per disabili fisici e psichici è già stato progettato e previsto il finanziamento per 5 miliardi un intervento a Trieste per 40 posti letto all'ex IPAMI che consentirà di ricollocare adeguatamente 21 soggetti attualmente ospitati con difficoltà e potrà costituire un polmone anche rispetto al recupero di utenza extraregionale presente.

Nello stesso tempo andranno verificate le condizioni dell'attuale offerta specifica - circa 200 posti letto - che è valutabile come sufficiente a Gorizia e a Pordenone - anche per recenti ampliamenti intervenuti in alcune strutture - mentre appare problematica in prospettiva in provincia di Udine:

Con riguardo alle lungodegenze psichiatriche (Trieste, Gorizia, Udine, Sottoselva e Sacile), infine, occorre proseguire nella già avviata trasformazione delle stesse in R.S.A., tenendo conto che la loro strutturazione a fine triennio diminuirà dagli attuali 608 posti letto a circa 450.

Parametri edilizi, dimensionali e gestionali delle R.S.A.

I parametri edilizi sono già definiti dalla legislazione nazionale e le oscillazioni consentite sugli standard fissati dal D.P.C.M. 29.12.89 e consentono, nel caso di ristrutturazione di strutture esistenti di far rientrare nell'accettabilità le strutture adeguate agli standard previsti dal regolamento di esecuzione di cui alla L.R. 33/88.

Per quanto attiene ai parametri dimensionali ed ai modelli organizzativi delle differenti tipologie delle R.S.A., l'art. 17 della L.R. 13/95 ha individuato il primo triennio come arco temporale di sperimentazione, ribadendo l'organizzazione "secondo moduli compresi tra un minimo di 20 ed un massimo di 120 posti letto".

Ne consegue l'opportunità di non porre parametri rigidi, limitandosi ad indicare per le diverse tipologie di R.S.A. le soglie dimensionali minime e massime, le professionalità necessarie ed i criteri generali di organizzazione dell'assistenza, prevedendo poi specificazioni a livello di singola struttura in base alla valutazione multidimensionale dell'ospite ed alla valutazione dei carichi di lavoro.

Commisurando esigenze di vita di relazione e di congruità nella valutazione costi/benefici si individuano le seguenti soglie dimensionali indicative:

- minimo 20 p.l./ massimo 40 p.l. per le R.S.A. per handicappati fisici e psichici;
- minimo 60 p.l./massimo 120 p.l. per le R.S.A. per anziani non autosufficienti;

- minimo 60 p.l./massimo 120 p.l. per le R.S.A. per non autosufficienti temporanei;

E' comunque prevista la presenza contestuale di più tipologie di ospiti in una unica R.S.A., ferme restando l'organizzazione in moduli distinti e le indicazioni fornite. Le soglie dimensionali, tuttavia, potranno essere ridotte in sede di attuazione, sulla base di specifiche motivazioni nonchè di opportunità economico/gestionali, laddove l'intervento sia di riconversione di strutture esistenti e contiguo con altre strutture sanitarie e/o assistenziali."

Per quanto attiene al personale si rinvia alle vigenti normative del settore assistenziale per quanto attiene alle R.S.A. per handicappati fisici e psichici così come, nelle more della generale riconsiderazione delle strutture di accoglimento per anziani prospettata dal comma 3 del citato art. 17, si estende al già citato intervento ITIS per anziani non autosufficienti l'attuale normativa a favore delle strutture residenziali sociali con analoga ospitalità.

Per quanto riguarda invece il personale delle R.S.A. per non autosufficienti temporanei, in considerazione della loro innovativa strutturazione, si ritiene necessario indicare, con riferimento ad una struttura-tipo di 60 posti letto, i seguenti requisiti:

- la presenza di personale medico - 18 h. settimanali per 60 ospiti - con funzione anche di direzione sanitaria;
- la presenza continuativa di personale infermieristico sulle 24 ore;
- la presenza di almeno 2 terapisti della riabilitazione;
- la presenza di almeno 1 animatore;
- la presenza di addetti ospiti in ragione di 1 operatore ogni 2,5 ospiti;

A queste figure professionali si affiancano altre professionalità per l'erogazione di prestazioni sanitarie ed assistenziali (psicologo, assistente sociale, specialisti ambulatoriali ecc.) nonché per attività amministrative e tecniche per le quali non si ritiene opportuno indicare parametri di riferimento.

La localizzazione dell'offerta realizzabile nel primo triennio

La localizzazione delle R.S.A. dedicate alla non autosufficienza temporanea, ovvero "a breve-medio termine", è individuata tenendo conto, sul piano generale, della composizione della popolazione delle diverse aree territoriali, dei livelli di dotazione delle stesse per quanto riguarda le Residenze Protette per non autosufficienti e dei differenti livelli di spedalizzazione.

Su queste basi si è poi considerata prioritaria la trasformazione o riconversione degli stabilimenti ospedalieri indicata all'art. 21 della L.R. 13/95. Le sedi ed i dimensionamenti previsti riguardano:

CIVIDALE	80 p.l.;
GEMONA	30 p.l.;
SACILE	80 p.l.;
MANIAGO	60 p.l..

Vi sono poi località in cui sono già state dismesse sedi ospedaliere in attuazione del 1° P.S.R. (1985 - 1987) nelle quali o è già prevista la riconversione in R.S.A. (Cormons, Codroipo e Gregoretto di Trieste, per 180 posti complessivi) o è necessario che l'Azienda valuti le modalità di tale riconversione e di collocazione (Grado).

Un secondo ambito di localizzazione è individuato nella potenziale riconversione della ospedalità privata, per le quali si è già evidenziato la possibilità di adeguare le proprie dotazioni strutturali ai criteri di accreditamento previsti dalla L.R. 13/95. In quest'ambito si è ipotizzato che nel primo triennio intervenga, da parte di alcune strutture, una opzione per R.S.A. per non autosufficienti temporanei, quantificata orientativamente in 240 posti letto, dei quali la metà andrà localizzata a Trieste.

Un altro ambito di intervento è poi individuato nella modifica di destinazione funzionale o nell'ampliamento di alcune strutture residenziali protette a partire dai contesti territoriali maggiormente critici. In questo caso tali strutture, oltre ad adeguare le dotazioni edilizie agli standard nazionali previsti, dovranno ovviamente rivedere la loro organizzazione interna secondo i parametri stabiliti dagli standard precedentemente indicati ed avere un convenzionamento obbligatorio con l'Azienda per i servizi sanitari. Le strutture già individuate con progettazione avanzata o completata e per le quali si farà ricorso al finanziamento ex art. 20, sono le seguenti:

ITIS di Trieste	120 p.l. (progetto approvato - finanziamento di 12 mld.);
COIANIZ di Tarcento	40 p.l.;

Nel complesso, tenendo conto del fabbisogno complessivo di 1.280 posti letto la loro suddivisione per singola Azienda per i servizi sanitari è la seguente:

Azienda 1	p.l. 340
Azienda 2	p.l. 180
Azienda 3	p.l. 60
Azienda 4	p.l. 380
Azienda 5	p.l. 120
Azienda 6	p.l. 200

Pertanto, risultando già individuata la suddetta collocazione di 830 posti letto, le Aziende predispongono entro il 30-4-1996 un programma di intervento che individui le sedi di realizzazione dei restanti 450 posti letto in ambito distrettuale

A queste dotazioni vanno sommate le R.S.A. psichiatriche già evidenziate per 450 posti letto a fine triennio nonché quelle per disabili fisici e psichici.

La sperimentazione delle R.S.A.: i risultati attesi nel triennio

Nell'ambito dei compiti propri della Regione (richiamati ancora dalla legge finanziaria 1995), che si esplicano nella disciplina della modalità di controllo della qualità delle prestazioni e del servizio reso dalla R.S.A., e nel rispetto delle prerogative proprie delle "aziende", nella fase sperimentale di avvio delle R.S.A., la Regione presiederà e supervisionerà gli obiettivi dati ed i risultati attesi e contenuti nel presente Piano.

In particolare:

- la diminuzione dei ricoveri impropri e delle istituzionalizzazioni precoci;
- il precoce reinserimento domiciliare dei soggetti che usufruiscono della R.S.A.;
- un'articolazione distrettuale di risposte sanitarie differenziate e complementari in grado di fornire offerte articolate e "mirate" in riferimento ai diversi livelli di bisogno.
- l'individuazione di modelli gestionali delle R.S.A. coerenti con gli obiettivi e le finalità che le stesse devono perseguire;
- la ricerca di soluzioni "strutturali" e di spazi interni in grado di perseguire gli obiettivi di salute posti e di differenziare queste strutture dalle altre presenti sul territorio.

Alle R.S.A. potranno accedere soltanto alcune categorie di utenti; ciò presuppone l'attivazione delle Unità di Valutazione Geriatriche Territoriali, l'utilizzo di una scheda univoca di valutazione dello stato di bisogno delle persone "a rischio", di metodi e di strumenti di lavoro "concordati tra i diversi servizi" (esempio: protocolli di lavoro tra i diversi servizi, uno stretto raccordo con il versante socio-assistenziale, con il volontariato, ecc.).