

**ABCDEDIRITTI. TUTTI I TUOI DIRITTI IN UNA SOLA APP.**  
SCARICALA DA **GOOGLE PLAY** O **APP STORE**.



**ABCDEDIRITTI. Per tutti. Tutti i giorni.**

**FP  
CGIL**

## **RSA E RIABILITAZIONE IN ITALIA**

### **PREMESSA**

La gestione dell'emergenza legata al diffondersi dell'epidemia di Covid-19 negli ultimi mesi ha portato in superficie alcune criticità consolidate che caratterizzano il settore sociosanitario italiano.

Le Residenze Sanitarie Assistenziali come pure il vasto intricato mondo della riabilitazione, sono solo uno dei tanti tasselli che compongono una fitta rete di servizi che accompagna i cittadini nella fase della vecchiaia e della perdita di autosufficienza (a cui si fa solitamente riferimento con l'espressione Long Term Care).

L'offerta di servizi risulta ormai insufficiente e non del tutto calibrata rispetto ai crescenti bisogni della popolazione.

I servizi pubblici sono scarsi in tutto il territorio nazionale (con notevoli differenze tra le Regioni e le aree interne), con tassi di copertura del bisogno molto contenuti.

La normativa pubblica (in capo alle Regioni) è in molti contesti datata e irrealistica rispetto alle attuali esigenze degli anziani e il finanziamento risulta insufficiente a garantire gli standard assistenziali necessari con riferimento alle reali esigenze degli utenti.

La gestione del personale è critica, con figure professionali qualificate difficili da reperire anche in funzione delle politiche non sempre tutelanti applicate da datori di lavori o intermediari.

Proprio la pandemia si è incaricata di dimostrare ciò che da tempo alcuni (pochi) evidenziavano.

La gestione dei fattori produttivi, a cominciare dal personale assistenziale, è stata sfidante per molte aziende operanti nel settore durante la gestione dell'emergenza Covid-19.

Il personale, infatti, si è rivelato una risorsa scarsa, in particolare perché è stato difficile se non impossibile formarlo o trasmettere le competenze mancanti (soprattutto di tipo sanitario) in un tempo così breve.

Il personale del settore sociosanitario risulta oggi reduce da molti anni in cui la pressione a ridurre i costi è stata di fatto tradotta in una compressione salariale a loro discapito (e di conseguenza anche una compressione professionale) che ha indebolito il corpus professionale e di conseguenza indebolisce le aziende erogatrici dei servizi.

E' stato emblematico che alcune strutture, che non hanno tra il loro personale le stesse professionalità specialistiche che è possibile trovare nel settore sanitario, si siano trasformate (in presenza di contagi) in piccoli reparti Covid-19, senza possibilità di organizzare una assistenza sanitaria adeguata con conseguenze importanti in termini di rischio per la salute degli ospiti (appartenenti alla fascia più fragile e più colpita da questa tipologia di Coronavirus) e degli operatori stessi.

L'incertezza sulla missione di molti setting sociosanitari è da anni rilevante, già in assenza di pandemia.

In molte strutture RSA, ad esempio, siamo stati testimoni di un progressivo aggravarsi del profilo clinico assistenziale dei loro ospiti, di un aumento dell'età media degli ingressi, di una crescita esponenziale della prevalenza di gravi decadimenti cognitivi abbinati ad una drastica riduzione della speranza di vita degli ospiti.

Questo propone la domanda di quale sia la reale missione delle RSA: piccoli ospedali di comunità a gestione infermieristica per patologie acute o riacutizzazioni degli anziani (come è successo in alcuni luoghi del Covid-19), case di riposo per persone fragili e semi-autonome il cui problema è la terapia occupazionale o strutture per persone di fragilità estrema cognitiva e fisica, con carichi assistenziali pesanti e speranze di vita brevi ("hospice geriatrici lunghi").

Le differenze tra le tre missioni sono rilevanti, da ogni punto di vista.

L'incertezza della missione rende difficile rappresentare e valutare le strutture e le politiche dedicate, sia da parte dei professionisti, sia dall'opinione pubblica, e rende qualsiasi regolazione degli standard di servizio e tariffari privi di un realistico ancoraggio empirico.

Si tarda a comprendere che l'uscita, auspicabilmente in tempi rapidi, dalla pandemia non lascerà le cose come stavano prima.

Chi scrive non è in grado di fare previsioni d'ordine temporale, ma oltre alle domande poste sopra, la fragilità (quando non la quasi assenza) di politiche sanitarie e sociosanitarie a livello territoriale, lo scarsissimo investimento verso le famiglie per consentire a loro di prendersi cura e in carico una popolazione sempre più anziana, con la conseguente necessità di sviluppare l'assistenza domiciliare, sono una parte ulteriore delle domande da porsi ma, soprattutto, per iniziare a dare risposte.

In molte Regioni sono in corso analisi ed approfondimenti sulle politiche da adottare e, ad onore del vero, va segnalato che le stesse organizzazioni di rappresentanza sindacale in una serie di seminari di studio, ragionano sul prossimo futuro e su come ricalibrare le proprie politiche.

In questo contesto è assordante il silenzio delle associazioni di rappresentanza datoriale, quando non si attardano in azioni di rivalsa interna proponendo la solita ricetta della contrazione dei costi del personale.

**Sarebbe tempo, è questa è la mia proposta di una sorta di Stati Generali in cui tutti i soggetti interessati: politici, regioni, fondazioni, ecclesiastici, associazioni datoriali e sindacali, ecc., si confrontino ragionando sul presente per guardare al futuro.**

**La libera concorrenza, la salvaguardia delle radici storiche di molte associazioni che operano in questo campo sono elementi da tutelare; ma questo non può essere d'impedimento per continuare una concorrenza tutta fondata sulla riduzione del costo del lavoro che, come si è visto, si riverbera nella stessa efficacia e qualità dell'assistenza.**

**L'invecchiamento della popolazione unitamente ad altri fattori sopra sommariamente esposti, dovrebbero far comprendere, in primo luogo agli operatori del settore che è nel campo sociale e socio sanitario che possono trovare ragioni di ulteriore sviluppo.**

**E' tempo di operare aggregazioni di associazioni oggi separate per dare vita ad una Federazione di soggetti plurimi che abbia, fra gli altri scopi, quello di definire un unico punto di riferimento contrattuale per giungere, con le necessarie gradualità, ad un contratto collettivo nazionale di settore.**

**Chi scrive è dell'opinione che proprio la fase pandemica rappresenta il volano per rilanciare questa idea, a cominciare da quelle associazioni che si richiamano a valori cattolici.**

**In questo senso sarebbe davvero auspicabile che voci autorevoli nazionali in campo cattolico, che pure qua e là si fanno già sentire, scendano con più determinazione in campo.**

**Parimenti lo stesso Sindacato Confederale può e deve fare la sua parte.**

#### **Fonti di riferimento**

- Annuario ISTAT 2015 (ultimi dati complessivi disponibili)
- L. 11 marzo 1988, n. 67 – art. 20 (legge finanziaria 1988 e altre leggi finanziarie, nonché decreti vari)
- DPCM. 22 dicembre 1989 (atto di indirizzo e coordinamento per la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani) – successivamente sostituito dal D.P.R. 14 gennaio 1997 (atto di indirizzo e coordinamento in materia di requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie.)
- Progetto Obiettivo Tutela della Salute degli Anziani 1994-1996
- DPCM 14 Febbraio 2001 – Decreto sulla Integrazione Socio-sanitaria
- DPCM 29.11.2001
- Progetto Mattoni 2005-2008
- Conferenza Stato/Regioni: Patto per la Salute 2006-2008
- Commissione LEA 2006-2007
- Prima pubblicazione decreto 23.4.2008

- DM 17.12.2008 flusso informativo residenziale
- OdG Parlamento su decreto LEA , 27.7.2010
- Leggi regionali (banca dati Unico Lavoro)
- (FederSanità ANCI)

### SITUAZIONE DI FATTO

Al 31 dicembre 2015 (ISTAT ultimo dato disponibile) sono 12.828 i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari attivi In Italia; essi dispongono complessivamente di 390.689 posti letto (6,4 ogni 1.000 persone residenti).

Natura giuridica del titolare	pubblico	non profit	profit	non indicato	totale			
Finanziamenti pubblici	totale				no	si	non indicato	totale
<b>Territorio</b>								
Italia	107521	186290	95510	1368	91432	276128	23128	390689
Nord-ovest	28053	82104	34677	0	24005	117149	3680	144834
Piemonte	13190	18398	15100	0	9937	34509	2242	46688
Valle d'Aosta / Vallée d'Aoste	706	438	213	0	201	1156	0	1357
Liguria	3320	8954	5011	0	5308	11485	492	17285
Lombardia	10837	54315	14352	0	8559	69999	946	79504
Nord-est	50948	38678	16672	160	18411	80730	7318	106458
Trentino Alto Adige / Südtirol	9110	2517	1496	155	269	6564	6445	13278
Provincia Autonoma Bolzano / Bozen	4320	1315	519	155	0	0	6309	6309
Provincia Autonoma Trento	4790	1202	977	0	269	6564	136	6969
Veneto	20425	15571	4347	0	8275	31374	694	40343
Friuli-Venezia Giulia	6830	3050	2501	0	2781	9420	179	12380
Emilia-Romagna	14583	17541	8328	5	7086	33371	0	40457
Centro	15172	27703	19724	1188	18678	38080	7030	63787
Toscana	7191	9960	5733	0	6721	15198	965	22884
Umbria	1491	1779	1305	0	1560	2929	87	4575
Marche	3689	5120	2118	1175	0	7562	4541	12103
Lazio	2800	10844	10568	12	10397	12391	1437	24225
Sud	6040	18531	15947	10	16455	20976	3097	40528
Abruzzo	1482	1653	2232	0	2248	2312	806	5367
Molise	468	811	437	0	945	716	55	1716
Campania	1950	3445	4489	10	5193	3906	795	9894
Puglia	1306	6910	5274	0	5408	7322	760	13489
Basilicata	413	2385	542	0	1308	2032	0	3340
Calabria	421	3327	2974	0	1353	4687	682	6722
Isole	7308	19274	8489	10	13885	19193	2003	35081
Sicilia	5484	14190	7016	10	11405	13759	1537	26701
Sardegna	1824	5083	1473	0	2480	5434	466	8380

## LE STRUTTURE CENSITE NEL 2015

Sono in maggioranza private accreditate le strutture che erogano assistenza riabilitativa ex art.26 (75,3%) e le strutture che erogano assistenza territoriale residenziale (75,4%).

Territorio	Presidi	Per 100 mila abitanti
Italia	12828	21,1
Nord-ovest	3583	22,2
Piemonte	1264	28,7
Valle d'Aosta / Vallée d'Aoste	55	43,2
Liguria	563	35,8
Lombardia	1701	17
Nord-est	3325	28,6
Trentino Alto Adige / Südtirol	507	47,9
Provincia Autonoma Bolzano / Bozen	199	38,2
Provincia Autonoma Trento	308	57,2
Veneto	933	19
Friuli-Venezia Giulia	355	29,1
Emilia-Romagna	1530	34,4
Centro	2629	21,8
Toscana	906	24,2
Umbria	255	28,6
Marche	438	28,4
Lazio	1030	17,5
Sud	1738	12,3
Abruzzo	160	12,1
Molise	71	22,8
Campania	471	8,1
Puglia	578	14,2
Basilicata	140	24,4
Calabria	318	16,1
Isole	1553	23,1
Sicilia	1203	23,7
Sardegna	350	21,1

## CLASSIFICAZIONE

La classificazione delle strutture che le singole Regioni hanno adottato è fortemente differenziata

La denominazione corrente di RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) ha assunto nelle singole Regioni significati diversi, con confini spesso mal definiti rispetto a Case Di Riposo, Case Protette, Residenze Protette, Istituti di Riabilitazione Geriatrica, Lungodegenze Riabilitative etc.

Se l'esatta classificazione delle strutture è molto incerta, i dati sulle prestazioni erogate sono praticamente inesistenti, in assenza di un flusso informativo nazionale che consenta di rilevare l'episodio di ricovero.

A parità di offerta non corrisponde parità di servizio, a causa di differenti regolamentazioni e standard.

La forte pressione demografica registrata negli ultimi anni ha trovato una parziale camera di compensazione alla domanda di RSA essenzialmente attraverso il fenomeno delle Badanti.

Sarebbe necessario puntare su un reale percorso alternativo di tipo domiciliare, oggi debolissimo.

Le prestazioni residenziali si sovrappongono e sostituiscono spesso a prestazioni di lungodegenza e riabilitazione.

L'accessibilità ai servizi, il livello di offerta, gli standard assistenziali, le quote di partecipazione alla spesa, sono diverse da regione a regione.

Non esiste un sistema di compensazione della mobilità sanitaria e questo determina problemi nella circolazione dei pazienti.

La mancanza di dati impedisce una verifica certa dei LEA erogati per questa tipologia di prestazioni.

Cosa tanto più grave se si tiene conto che, in assenza di chiari modelli normativi, di strumenti per la valutazione dei bisogni assistenziali, di criteri di appropriatezza e di verifica della qualità, le cure residenziali in Italia sono caratterizzate da una sostanziale casualità dell'assistenza.

### **DEFINIZIONE DI PRESTAZIONE RESIDENZIALE.**

Si intende per prestazione residenziale e semiresidenziale il complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e socio-sanitarie erogate a soggetti non autosufficienti, non assistibili a domicilio all'interno di idonei "nuclei" accreditati per la specifica funzione.

La prestazione non si configura come un singolo atto assistenziale, ma come il complesso di prestazioni di carattere sanitario, tutelare, assistenziale e alberghiero erogate nell'arco delle 24 ore.

### **I NUCLEI**

L'unità organizzativa per l'erogazione delle prestazioni residenziali è il "nucleo" inteso come area distributiva delle degenze autonoma per dotazioni e servizi, articolato di norma su 20 posti letto.

Così almeno stabiliscono le linee guida, ma nella realtà la situazione è ben differente (non ovunque s'intende).

I nuclei possono essere anche di 25 posti, senza una dotazione precisa per ogni nucleo, ma sovrapposta tra nuclei diversi, mentre più attenzione è riservata sui servizi che costituiscono elemento essenziale per l'accreditamento.

### **LA PRESTAZIONE RESIDENZIALE NEL SISTEMA DEI LIVELLI ESSENZIALI**

La prestazione residenziale si caratterizza di norma come prestazione di assistenza a lungo termine a soggetti non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche, distinguendosi quindi dalle prestazioni di "terapia post-acuzie" (Riabilitazione e Lungodegenza post-acuzie) svolte di norma in regime ospedaliero.

E' inoltre opportuno sottolineare che la prestazione "residenziale" non si differenzia necessariamente da quella "ospedaliera" per un minore gradiente di assistenza.

Sussistono infatti condizioni di cronicità che impongono significativi e continui trattamenti di natura sanitaria, anche per il supporto alle funzioni vitali (respirazione, nutrizione), nelle quali il gradiente assistenziale globale richiesto può risultare anche superiore a quello di alcune prestazioni di ricovero in condizioni di acuzie.

### **CLASSIFICAZIONE DELLE PRESTAZIONI E CODICI DI ATTIVITÀ**

Tanto le prestazioni quanto i nuclei erogatori sono definiti in modo da poter essere coerentemente individuate nell'ottica proposta dal DPCM 14 febbraio 2001 sull'Integrazione Socio-sanitaria e, soprattutto, dal DPCM 29 novembre 2001 sui Livelli Essenziali di Assistenza.

Per una corretta definizione delle prestazioni nell'ambito del Progetto Mattoni il Mattone n. 12 ha definito una classificazione su "codici di attività" utilizzabile sia come classificazione delle prestazioni che come elemento di individuazione dei "nuclei erogativi" in base alle loro caratteristiche tecnico-organizzative.

**I codici di attività, sono molto importanti per definire i campi di applicazione dei CCNL, che ad oggi, sono 28 (censiti dal CNEL).**

Qui si propongono i codici definiti dalla commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA che, come già detto, in realtà non sono stati aggiornati, ma che per noi costituiscono un buon punto di riferimento.

#### Codice e descrizione

**R1** Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Intensive) a pazienti non autosufficienti richiedenti trattamenti intensivi, essenziali per il supporto alle funzioni vitali come ad esempio: ventilazione meccanica e assistita, nutrizione enterale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno.

#### Tipologie di utenti:

- stati vegetativi o coma prolungato,
- pazienti con gravi insufficienze respiratorie,
- pazienti affetti da malattie neurodegenerative progressive
- ecc.

**R2** Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Estensive) a pazienti non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria:

- cure mediche e infermieristiche quotidiane,
- trattamenti di recupero funzionale,
- somministrazione di terapie
- nutrizione enterale,
- lesioni da
- decubito profonde
- etc.

**R2D** Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Nuclei Alzheimer) a pazienti con 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, riorientamento e tutela personale in ambiente "protesico".

**R3** Prestazioni di lungoassistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, erogate a pazienti non autosufficienti con bassa necessità di tutela Sanitaria (Unità di Cure Residenziali di Mantenimento)

**SR** Prestazioni Semiresidenziali – Trattamenti di mantenimento per anziani erogate in centri diurni

**SRD** Prestazioni Semiresidenziali Demenze – Prestazioni di cure estensive erogate in centri diurni a pazienti con demenza senile che richiedono trattamenti di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale.

Le prestazioni individuate con i codici di attività R1, R2, R2D sono riferibili alla erogazione di "cure intensive o estensive" ad elevata integrazione sanitaria, mentre le prestazioni individuate con i codici di attività R3 sono convenzionalmente riferibili ad "assistenza e terapie di mantenimento", classificabili come prestazioni sanitarie a rilevanza sociale.

La Commissione, poi, aveva proposto standard tarati sul fabbisogno assistenziale stimato delle singole tipologie di prestazioni, così riassunti:

#### **R1**

- Guardia medica: h 24 Assistenza medica: 300 minuti / die per nucleo
- Infermiere: h 24
- Assistenza globale > 210 min.
- Assistenza infermieristica > 90 min

#### **R2**

- Assistenza medica: 160 minuti / die per nucleo
- Infermiere h 24
- Assistenza globale > 140 min.
- Assistenza infermieristica > 45 min

#### **R2D**

Assistenza: 120 minuti / die per nucleo

- Infermiere h 12
- Assistenza globale > 140 min.

- Assistenza infermieristica > 36 min

### R3

- Assistenza medica: 80 minuti / die per nucleo
- Infermiere h 8
- Assistenza globale > 100 min.
- Assistenza infermieristica > 20 min

### SR

- Staff: Infermiere, OSS, Animazione
- Assistenza globale > 50 min.

### SRD

- Staff: Infermiere, OSS, Psicologo
- Terapia cognitiva e orientamento

Per Guardia Medica h 24, si intende la presenza del medico su 24 ore nella struttura nel suo insieme.

L'assistenza indicata come copertura oraria ( h. ) è riferita alle ore di copertura per nucleo.

L'assistenza globale è riferita al totale dei minuti lavorati giornalmente da infermieri, OSS, terapisti, per nucleo, per ospite (tot minuti / 20).

### IL PERSONALE

Anche in questo caso i dati si riferiscono al 2015, ma occorre sottolineare che rappresentano poco più dell'80% delle strutture censite; non sono contemplate le RSA e strutture a denominazione simile, delle Associazioni ARIS e AIOP, e, ovviamente, strutture come RSD, SRD, domiciliari, ecc.

Occorre, inoltre, tenere conto che non sono censiti i somministrati, le partite IVA e altre tipologie di rapporto di lavoro autonomo.

Tipo dato	personale retribuito	personale volontario
<b>Qualifica professionale</b>		
direttori e dirigenti generali di aziende	9628	..
impiegati	13135	..
medici di medicina generale	6250	..
specialisti in terapie mediche	3315	..
specialisti in scienze psicologiche e psicoterapeutiche	5593	..
sociologi	284	..
assistenti sociali	4050	..
insegnanti nella formazione professionale	256	..
educatori professionali	23391	..
animatori	4607	..
mediatori culturali	496	..
professioni sanitarie infermieristiche	36625	..
fisioterapisti	10113	..
terapisti riabilitazione	807	..
logopedisti	889	..

assistenti sanitari	105628	..
altri addetti assistenza alla persona	40206	..
addetto preparazione e distribuzione cibo	14318	..
altri addetti servizi generali	32034	..
altro personale	12292	..
tutte le voci	323919	63264

**Le principali figure assistenziali** utilizzate nelle varie tipologie di RSA sono quelle dell'infermiere professionale, del terapista della riabilitazione, degli OSS e addetti all'assistenza e del terapista occupazionale/educatore.

**Le regioni italiane hanno scelto, anche in questo caso, standard di personale assistenziale molto diversificati.**

**Gli infermieri professionali** sono presenti soprattutto nelle RSA per anziani in un rapporto operatore/ospiti che compreso tra 1/6 e 1/10 ma con una forte tendenza verso questo ultimo rapporto tanto che la media è di 1/9.

Tale media è leggermente più bassa nelle residenze protette (1/11) mentre colpisce la grande differenza nel rapporto infermieri/ospiti nelle strutture per dementi della Lombardia (1/7 comprensivo anche del terapista della riabilitazione) e dell'Umbria (1/15).

Occorre rilevare che il 77% delle regioni (Abruzzo, Emilia Romagna, Friuli V.G., Lazio, Liguria, Marche, Sardegna, Umbria, Veneto e Bolzano) ha esplicitamente previsto la presenza continuativa degli infermieri nelle 24ore per garantire la qualità dell'assistenza erogata nella struttura; con gli standard indicati questo è possibile in strutture con almeno 60 posti letto

**Il terapista della riabilitazione** viene previsto in tutte le strutture sebbene con differenze significative fra le varie regioni (da 5 a 70 ospiti per terapista) in strutture da 60 posti letto quasi tutte le regioni hanno previsto da 1 a 3 terapeuti, con una media di 1terapista ogni 30 posti letto, senza particolari differenze fra RSA e residenze protette.

Ancora più rilevanti appaiono le differenze di standard **per i terapeuti occupazionali/educatori** (da 8 a 100 ospiti per ogni operatore) anche in questo caso senza rilevanti differenze fra RSA e residenze protette, che registrano ambedue una presenza media di un operatore ogni 30/40 ospiti.

Modelli assistenziali diversi si riscontrano nelle RSA Alzheimer della Lombardia e dell'Umbria che vedono rispettivamente 1 terapista occupazionale/educatore ogni 21 ospiti e ogni180ospiti.

Infine, **differenze davvero clamorose** fra RSA e residenze protette si registrano nella dotazione di OSS/addetti all'assistenza rilevabile dalle medie del rapporto operatore/ospiti 1/2 nelle strutture per Alzheimer e per disabili, 1/2, 8 nelle RSA per anziani e 1/7,4 nelle residenze protette.

Per quanto concerne le **"altre figure professionali"** da segnalare che la Provincia autonoma di Bolzano ha indicato 1 logopedista ogni 120 ospiti mentre il Veneto ha previsto 1 logopedista ogni 90 ospiti (RSA di cura e recupero) ed ogni 150 (RSA di base).

Dunque, le regioni italiane hanno scelto standard di personale assistenziale molto diversificati per le proprie strutture sanitari e residenziali, parzialmente giustificate dall'esistenza di diverse tipologie strutturali.

Nelle RSA anziani lo standard assistenziale (esclusi i medici) oscilla per ogni ospite da un minimo di 0,30 operatori (Lazio) ad un massimo di 0,83 operatori (Marche), con un valore medio di 0,56. Le differenze sono notevoli: in una struttura di 60 posti letto significherebbe avere impegnati da 18 a 50 operatori.

Solo la Lombardia (0,61 operatori per ospite) e l'Umbria (0,77 operatori per ospite) prevedono dei moduli riservati ai malati di Alzheimer con standard di personale abbastanza omogenei sotto il profilo quantitativo ma qualitativamente difforni

Un quarto gruppo di regioni ha inoltre previsto la dotazione di personale per le case o residenze protette (Emilia Romagna, Liguria ed Umbria) con standard che oscillano tra 0,33 e 0,44 operatori per ospite.

Al personale assistenziale va poi aggiunto il personale tecnico ed amministrativo che mediamente è pari a 0,25 operatori per ospite (range 0,15/1-0,35/1).

In conclusione, l'orientamento delle regioni vede una intensità assistenziale crescente man mano che si passa dalle residenze protette, alle RSA per anziani, alle RSA per Alzheimer e dalle RSA Disabili.

Colpisce comunque la grande varietà di standard quantitativi fra strutture tipologiche appartenenti alla stessa area.

#### Standard di personale assistenziale Rapporto operatori/ospiti (60 posti letto)

Regioni	Tipologia	Inf. Prof	Terap. Riab	OSS- Addetti all'assistenza	Terp. Occup. Educatori	Altre figure	totale
Abruzzo	RSA	1/7	1/20	1/3	1/10		0.64/1
Bolzano	Degenza	1/10	1/25	1/2.5	1/30	1/120	0.58/1
Emilia Romagna	RSA	1/6	1/40	1/2.2			0.71/1
	Casa protetta	1/14	1/60	1/4			0.40/1
Friuli	RSA		1/30	1/2.5	1/60		0.55/1
Lazio	Basso livello	1/10	1/20	1/15			0.30/1
	Medio livello	1/7.5	1/15	1/10	1/15		0.38/1
	Alto livello	1/5	1/15	1/6.7	1/20	1	0.5/1
Liguria	RSA intensiva	1/7	1/20	¼			0.46/1
	RSA mantenim	1/10	1/20	1/6			0.33/1
	Residenza protetta	1/10	1/35	1/6	1/60		0.33/1
Lombardia	RSA	1/18	1/70	1/3	1/100		0.57/1
Marche	RSA	1/7	1/5	1/3	1/15	1/15	0.83/1
	RSA disabili						0.60/1
Piemonte	RSA	1/10	1/40	1/2.5			0.53/1
Sardegna	RSA	1/6	1/40	1/1.8-2.2	1/40		0.73/1
Toscana	RSA	1/10	1/10	1/2	1/40		0.65/1
Umbria	RSA cronico	1/1.7	1/20	1/2.5	1/40	1/120	0.64/1
	RSA demenze	1/15	1/60	1/1.5	1/40	1/120	0.77/1
	RSA protetta	1/15	1/30	1/3.3	1/40	1/180	0.44/1
Veneto	RSA riab.	1/10	1/30	1/2.2	1/30	1/126	0.64/1

	Funz.						
	RSA di base	1/12	1/60	1/2.2	1/60	1/146	0.55/1

### L'IMPATTO ECONOMICO DELLE PRESTAZIONI RESIDENZIALI PER ANZIANI

I dati che oggi sono disponibili consentono di valutare l'impatto economico delle prestazioni residenziali per anziani.

L'ultima ricerca (2016) ha utilizzato i parametri di costo standard moltiplicati su un parametro di offerta pari a 35 posti letto occupati x 1.000 anziani, ipotizzando che nell'arco di 5 anni (2010/2015) si realizzi un incremento dell'offerta tale da coprire l'80% del fabbisogno stimato sulla base degli standard internazionali (42,7 x 1.000,): con questo modello di simulazione, si ottiene una spesa globale di circa 12.600 mln di euro l'anno.

E' necessario sottolineare che l'impatto di questi servizi sul FSN è strettamente legato alla quota di partecipazione dell'ospite - quando prevista, quote fortemente differenziate fra le regioni e all'interno delle stesse-, che può limitare in modo significativo il carico sul FSN del settore.

L'impatto della spesa sul SSN dipende quindi dalle differenti modalità di determinazione delle quote a carico dell'ospite e/o dei Comuni.

Indicativamente, tenendo conto delle diverse modalità di attribuzione degli oneri in uso nelle singole regioni, si può stimare nel quinquennio una spesa a regime di circa 6.800-7.800 mln di euro a carico del SSN (circa 7,8% del FSN) e 4.800-5.800 mln a carico delle famiglie e/o dei servizi sociali dei Comuni.

### PRESTAZIONI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER DISABILI.

Le prestazioni residenziali per disabili sono erogate in Italia da una ampia varietà di strutture per lo più riconducibili ad Istituti di Riabilitazione ex art.26 L. 833/78, o a Centri e Comunità di accoglienza, che hanno caratterizzato la propria attività con contenuti più sbilanciati verso i programmi riabilitativi, anche per giustificare la propria permanenza all'interno del perimetro di completa copertura del FSN.

Solo una minoranza di strutture ha assunto fin dall'inizio un connotato prevalentemente sociale.

Il Decreto sulla Integrazione Socio-Sanitaria (DPCM 14 febbraio 2001) consente di classificare queste prestazioni, in ragione del diverso impegno sanitario, in:

- Prestazioni Sociali a rilevanza Sanitaria (art. 3, comma 2)
- Prestazioni Sanitarie a rilevanza Sociale (art. 3, comma 1)
- Prestazioni ad elevata Integrazione Socio-Sanitaria (art. 3, comma 3)

Anche in questo caso ricorro al lavoro della commissione già in precedenza citato, perché permette una classificazione delle prestazioni secondo i codici di attività.

**RD1** prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative in regime residenziale a persone disabili che necessitano di riabilitazione intensiva o estensiva, nonché trattamenti di mantenimento per soggetti con problemi ad alta intensità assistenziale, inclusi i soggetti a responsività minimale.

**RD2** prestazioni diagnostiche, terapeutiche riabilitative e socioriabilitative a minori affetti da disturbi comportamentali o da patologie di interesse neuropsichiatrico;

**RD3** prestazioni terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative di mantenimento, in regime residenziale congiuntamente a prestazioni tutelari per disabili gravi

**RD4** prestazioni terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative di mantenimento, in regime residenziale congiuntamente a prestazioni tutelari per disabili privi di sostegno familiare

Uno studio non recente, ma che non dovrebbe essersi discostato di molto al 2019, pubblicato nel 2011 evidenziava come in Italia al 31 dicembre 2010 fossero ospitati 37.675 adulti disabili nei presidi socio assistenziali presenti sul suolo nazionale.

Di questi oltre il 64,2%) era ricoverato nelle strutture collocate nel Nord Italia, il 16,5% nel Centro e quasi il 20% nel Sud.

La media nazionale è di circa 0,5 posti letto per mille abitanti, con marcate differenze regionali (1,03 del Trentino Alto Adige contro lo 0,10 della Basilicata) con un evidente gradiente "nord-sud".

Al totale degli adulti disabili peraltro vanno sommati i minori con handicap fisico, psichico, sensoriale e plurimo ricoverati nei presidi socioassistenziali che ammontavano a 1.623 (pari allo 0,5% del totale degli ospiti).

Come per le RSA, la Commissione, poi, aveva proposto standard tarati sul fabbisogno assistenziale stimato delle singole tipologie di prestazioni, così riassunti:

### **Prestazioni standard qualificanti indicatori**

#### **Livello a) Riabilitazione :**

- Infermiere h 24
- Assistenza medica: 180 minuti / die per nucleo
- Assistenza globale > 130 min/pz/die
- Terapia Riab > 180 min/pz/die Intensiva
- Terapia Riab > 60 min/pz/die Estensiva

#### **Responsività minimale :**

- Infermiere h 24
- Assistenza medica: 180 minuti / die per nucleo
- Assistenza globale > 210 min/pz/die
- Terapia Riab > 30 min/pz/die

#### **Livello b)**

- Assistenza globale > 180 min
- Assistenza medica: 160 minuti / die per nucleo
- Terapia psico-educativa > 120 min/pz/die
- Terapia riabilitativa > 60 min/pz/die

#### **Livello c) privi di supporto**

- Assistenza medica: 80 minuti / die per nucleo
- Assistenza globale > 160 min/pz/die
- Terapia Riab > 30 min/pz/die
- Assistenza globale > 130 min/pz/die
- Terapia Riab > 30 min/pz/die

L'assistenza indicata come copertura oraria h 24 è riferita alla presenza nelle 24 ore nel nucleo della figura professionale indicata.

L'assistenza globale è riferita al totale dei minuti lavorati giornalmente da infermieri, OSS, terapisti, per nucleo per ospite (totale minuti / 20)

### **PRESTAZIONI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PSICHIATRICHE.**

Il sistema residenziale psichiatrico trova i propri presupposti nei seguenti riferimenti normativi:

- DPR 14 gennaio 1997 "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private".
- DPR 10 novembre 1999 Progetto Obiettivo Nazionale "Tutela della salute mentale 1998- 2000"
- DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza"
- Accordo Conferenza Stato-Regioni 11.10.2001 "Il sistema informativo nazionale per la salute mentale"

Il progetto Obiettivo Salute Mentale (DPR 10 novembre 1999) definisce le strutture residenziali come :

## STRUTTURE RESIDENZIALI

Sono strutture extraospedaliere che accolgono per l'intero arco delle 24 ore soggetti che necessitano di interventi terapeutico-riabilitativi o socio riabilitativi.

Sono differenziate a seconda del livello di assistenza erogata dal personale sanitario, nell'arco delle 24 ore:

- a) **SR** con presenza continua di personale sanitario lungo l'arco delle 24 ore;
- b) **SR** con presenza di personale sanitario nelle 12 ore diurne nei giorni feriali, mentre nei giorni festivi questa presenza può essere ridotta;
- c) **SR** con presenza di personale sanitario per fasce orarie nei giorni feriali o al bisogno. Nei giorni festivi questa presenza può essere assente.

Su questa basi normative e culturali il lavoro del sottogruppo socio-sanitario della Commissione LEA definisce la classificazione delle prestazioni residenziali psichiatriche in due macro tipologie:

### **RP1** Prestazioni terapeutico-riabilitative.

Sono erogate in strutture per pazienti che, anche nella fase della post-acuzie, necessitano di progetti terapeutici riabilitativi. Deve essere definita la durata massima di degenza sulla base degli specifici obiettivi terapeutici.

#### **RP1.1** Prestazioni terapeutiche riabilitative intensive.

Sono erogate in strutture nelle quali vengono accolti pazienti, anche nella fase della post-acuzie, che richiedono interventi terapeutico-riabilitativi di carattere intensivo e l'attuazione di programmi di reinserimento sociale. Il personale sanitario è presente nelle 24 ore. La durata massima della degenza è fissata dal progetto terapeutico, non superiore a 18 mesi.

#### **RP1.2** Prestazioni terapeutico-riabilitative estensive.

Sono erogate in strutture che accolgono pazienti con problematiche croniche per quali non è opportuno un trattamento intensivo sotto il profilo riabilitativo ma che necessitano comunque di assistenza e di trattamenti terapeutico riabilitativi di tipo estensivo. Le strutture sono differenziate in base al numero di ore di presenza del personale, calcolato in ragione dei bisogni assistenziali degli ospiti:

**RP1.2.1** Il personale socio-sanitario è presente sulle 24 ore. E' definita una durata massima della degenza di 36 mesi, eventualmente prorogabile nei casi in cui l'equipe curante ne motivi la proroga.

**RP1.2.2** Il personale socio-sanitario è presente sulle 12 ore. E' definita una durata massima della degenza di 36 mesi, eventualmente prorogabile nei casi in cui l'equipe curante ne motivi la proroga.

### **RP2** Prestazioni socio-riabilitative.

Sono erogate in strutture che rispondono ai bisogni di soggetti parzialmente non autosufficienti ma non assistibili nel proprio contesto familiare che necessitano di una soluzione abitativa a vario grado di tutela sanitaria. Non viene definita la durata massima dell'ospitalità.

**RP2.1** Il personale socio-sanitario è presente sulle 24 ore.

**RP2.2** Il personale socio-sanitario è presente sulle 12 ore..

### **SRP** Prestazioni semiresidenziali (SRP)

L'attività semiresidenziale è erogata in strutture collocate nel contesto territoriale che accolgono i pazienti durante le ore diurne. Sono strutture gestite direttamente da soggetti erogatori pubblici (Dipartimento di Salute Mentale) o da soggetti erogatori privati accreditati, accreditati che operano comunque nell'ambito del sistema di offerta del DSM, attive almeno 6 ore al giorno per 6 giorni la settimana, dotate di équipe multiprofessionali.

### **Standard ed indicatori**

#### **R.P.1.1**

- Assistenza medica > h 4
- Infermiere h 24
- Psicologo > 30 min / pz / die
- Attività terapeutico-riabilitative > 210 min/pz/die

#### R.P.1.2.1

- Assistenza medica > h 2
- Infermiere h 24
- Psicologo > 20 min / pz / die
- Attività terapeutico-riabilitative > 90 min/pz/die

#### R.P.1.2.2

- Assistenza medica > h 2
- Infermiere h 12
- Psicologo > 20 min / pz / die
- Attività terapeutico-riabilitative > 90 min/pz/die

#### R.P.2.1

- Infermiere h 24
- Attività socio-riabilitative > 90 min/pz/die

#### R.P.2.2 Infermiere h 12

- Attività socio-riabilitative > 90 min/pz/die
- SRP Staff: Infermiere, OSS, Psicologo

### **PRESTAZIONI NEI CENTRI RESIDENZIALI PER CURE PALLIATIVE / HOSPICE**

La definizione di “Indicatori per la valutazione dei risultati ottenuti dalla rete di assistenza ai pazienti terminali e per la valutazione delle prestazioni erogate” è stata concordata a livello nazionale con l’Accordo raggiunto in Conferenza Stato Regioni del 13 Marzo 2003.

Gli standard e gli indicatori per la valutazione del livello raggiunto nell’implementazione della rete sono stati definiti dal decreto 22 febbraio 2007, n. 43 recante “Definizione degli standard relativi all’assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo in attuazione dell’art.1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311”.

La “nuova caratterizzazione dell’assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio” e l’allegato 1 che definisce gli standard qualificanti i LEA, contiene indicazioni specifiche per le Cure palliative ai malati terminali. Il Documento è stato approvato in Commissione LEA il 18.10.2006.

Non esistono dati istituzionali per ciò che riguarda il livello e la tipologia di diffusione dei Centri eroganti cure palliative nel nostro paese.

Gli unici dati ufficiali sono quelli pubblicati sul sito del Ministero della salute, relativi al numero di strutture residenziali per cure palliative-hospice da realizzarsi grazie ai finanziamenti della legge 39/99: il dato attuale indica 201 strutture.

Per avere indicazioni di ordine generale mi sono rifatto perciò necessariamente a siti internet ed a soggetti federativi del Terzo settore.

Gli hospice attivi in Italia sono 117, con 1.352 posti letto e un indice medio di 0,23 posti letto/10.000 residenti (dati SICP, 2007).

I Centri eroganti cure palliative (Definiti nella Pubblicazione Unità di Cure Palliative) sono 455, dei quali 285 eroganti cure domiciliari.

I centri censiti risultano tra loro molto differenti per ciò che riguarda le tipologie di erogazione, per il livello di istituzionalizzazione raggiunta, per la tipologia del soggetto erogatore (pubblico, privato del terzo settore, privato).

Non sono pubblicati dati di attività che possano permettere attualmente un’analisi quantitativa dell’utenza assistita annualmente dai Centri.

Esistono standard strutturali ed organizzativi disomogenei fra le diverse regioni ed anche all’interno di una stessa regione.

Molte regioni non hanno ancora definito standard organizzativi. Il sistema tariffario è diseguale

#### **Caratteristiche qualificanti il LEA Hospice**

Presenza di una Equipe multidisciplinare e multiprofessionale, composta almeno da:

- medico

- infermiere
- OTA oppure OSS
- fisioterapista
- psicologo
- assistente sociale
- assistente spirituale

L'assistenza medica è sette giorni su sette sulle 24 ore

- presenza infermieristica continuativa nelle 24 ore
- presenza continuativa di OTA o OSS sulle 24 ore

Minuti assistenza paziente die:

- medico 30'
- infermiere 180'
- personale di assistenza 180'
- fisioterapista 7'
- psicologo 8'
- assistente sociale 8'
- assistente spirituale 5'

## **RIABILITAZIONE**

Con le Linee guida sulla riabilitazione del 1998 si è tentato di porre ordine nel settore della riabilitazione, attraverso la definizione di una strategia riabilitativa che provvedesse:

- alla presa in carico del malato;
- alla sua valutazione;
- all'elaborazione di un progetto riabilitativo;
- all'effettuazione di un preciso programma di intervento

Tali Linee guida, se da una parte hanno rappresentato un documento di riferimento per quanto attiene ai principi guida e alla filosofia di fondo dell'intervento riabilitativo, dall'altra necessitavano di un ulteriore aggiornamento per quanto attiene all'individuazione e alla misura degli outcome e ai criteri di appropriatezza dell'intervento.

Tale aggiornamento è stato conseguito con la stipula dell'Accordo Stato-Regioni del 10 febbraio 2011, con il quale è stato approvato il nuovo Piano di Indirizzo per la riabilitazione.

Allo stato attuale i trattamenti riabilitativi erogati sono quelli previsti dal vigente DPCM di definizione dei LEA, con le modalità previste per tutte le prestazioni sanitarie dalle disposizioni regionali attuative dell'art. 8, comma 5 del Decreto Legislativo 502/92 e successive modificazioni e integrazioni.

In termini macro i trattamenti riabilitativi risultano erogati in fase di :

- riabilitazione intensiva
- riabilitazione intensiva ad alta specializzazione
- riabilitazione estensiva

e in regime di:

- assistenza ospedaliera in ricovero ordinario o
- diurno (day-hospital),
- day-service,
- assistenza extraospedaliera a carattere residenziale a ciclo continuativo, semiresidenziale o diurno,
- assistenza ambulatoriale,
- assistenza domiciliare.

Il campo d'intervento della riabilitazione è ampio e non è utile indicarne i vari segmenti, a puro titolo indicativo possiamo indicare la riabilitazione:

- neuromotoria
- respiratoria

- cardiologica
- oncologica
- demenze (Alzheimer e patologie associate)

Inoltre, alcune Regioni hanno realizzato strutture ad alta specializzazione riabilitativa inerenti:

- le Unità Spinali
- le Unità Gravi Cerebrolesioni
- le Unità Gravi Disabilità Età Evolutiva
- le Unità Riabilitazione Turbe Neuropsicologiche Acquisite.

## IL PERSONALE

Le regioni hanno determinato gli standard di personale e in tale ambito si rilevano delle differenze consistenti tra una regione e l'altra.

Ciò risulta molto evidente nella tabella sottostante riferita agli standard di personale (rapporto personale-utenti) da cui emerge che:

- gli standard di personale vengono differenziati, nelle singole regioni, in svariati modelli in relazione alla tipologia assistenziale e alle caratteristiche del paziente
- gli standard dei presidi residenziali tendenzialmente possono afferire due gruppi principali. Il primo gruppo per l'attività di tipo intensivo o dedicata a soggetti che richiedono un elevato assorbimento di risorse cui viene previsto un rapporto personale-utente che va dallo 0.22 della Lombardia all'1.5 dell'Abruzzo. Il secondo gruppo per l'attività di tipo intensivo prevede l'impiego di 0.51 unità di personale per assistito in Toscana e fino allo 0.98 del Piemonte.

### Standard di personale rapporto personale utenti

Regione	Tipologia di struttura	Rapporto personale utenti	Personale assistenziale
Abruzzo	Alta intensità ass.	1.5/1	
Marche	Comi prolungati	1.5/1	0.6/1
Piemonte	Degenza ordinaria	1.2/1	
Piemonte	RAF i tipo A	0.98/1	
Molise	Degenza ordinaria	0.87/1	
Marche	Degenza intensiva	0.8/1	
Lombardia	Degenza post-acuta	0.8/1	0.6
Lombardia	Degenza ordinaria	0.8/1	0.4
Lombardia	Degenza diff.	0.72/1	0.52
Toscana	Degenza ordinaria	0.51/1	

### Standard di personale nei presidi di riabilitazione con 60 posti letto

Qualifica	Toscana per accredit	Lombardia degenza ordinaria	Lombardia degenza differenz.	Lombardia Degenza postacuzie	Molise	Piemonte art. 26	Piemonte per accedit.
Medici	0.31	0.63	0.82	3	1	2.63	1
Psicologi						0.3	
Ter. Riab.					1		
Pers. Riab.	9	7.8	10.2	12.2	15	16	2
Inf. prof	6					16	2
Educatori							16
Ausiliari OSS.OTA.	15	15.6	20.4	20.7	27	16	14

Amm. eTecnico		9.3	12.3	12.3		16	11.5
------------------	--	-----	------	------	--	----	------

### Rapporto dipendenti posti letto

Strutture con degenza media	Dipendenti p/l	Di cui medici	Di cui infermieri
Inferiore a 121 giorni	1.640	0.113	0.348
Fra 121 e 300 giorni	1.037	0.041	0.314
Superiore a 300 giorni	1.143	0.030	0.307
Totale	1.301	0.065	0.307

### L'ACCREDITAMENTO

E' noto che i requisiti richiesti per gli accreditamenti, da cui discendono un'infinità di elementi, non sono uniformi mentre, ci sarebbe la necessità quanto meno in un più marcato e preciso indirizzo di carattere nazionale che nel definire i livelli di accreditamento, dovrebbe tenere conto delle problematiche assistenziali che la singola struttura dovrà affrontare in termini di:

- **Strutturali:** dimensioni, impianti (climatizzazione, ricambi d'aria, gas medicali) disponibilità di specifici spazi, locali tecnici, giardino alzheimer etc.
- **Professionali:** figure professionali presenti con specifiche qualifiche e/o esperienza
- **Organizzative :** organizzazione interna, orari, utilizzo di protocolli e procedure, sistemi di controllo dei rischi e di gestione degli eventi avversi, rapporti con l'utenza, utilizzo di medicazioni avanzate, presenza infermieristica nelle 24 ore, assistenza medica, possibilità di erogare prestazioni sanitarie particolari
- **Di organici:** dimensionamento degli organici, minuti di assistenza
- **Strumentali:** sollevatori, diagnostica, monitor multiparametrici, presidi antidecubito, arredi ed organizzazione degli spazi di tipo "protesico" per i soggetti con malattia di Alzheimer etc...

### CENNI SUI SISTEMI DI REMUNERAZIONE TARIFFARIE

Le Regioni che hanno adottato propri sistemi di classificazione per identificare la complessità assistenziale e, sulla base di queste, la definizione delle tariffe che, come è noto, sono diverse da regione a regione anche e soprattutto in considerazione di questi diversi sistemi di valutazione.

Attualmente il panorama dei sistemi in uso, con differenti gradi di applicazione, è il seguente:

- Lombardia (Sosia)
- Veneto (Svama)
- Friuli Venezia Giulia (Valgraf + RUG)
- Marche (RUG)
- Umbria (RUG)
- Liguria (Aged)
- Abruzzo (RUG)
- Toscana RUG
- Emilia Romagna (RUG)

Vediamo come esempio il sistema tariffario SOSIA (schede di valutazione) con la precisazione che riguarda tutte le tipologie assistenziali: RSA, RSD, Hospice, ecc., ovviamente cambiano le tariffe.

Le RSA sono suddivise in 9 classi, più l'alzheimer. Si va da 50 euro per la classe SOSIA A, a 27 euro per la classe SOSIA 8.

Le RSD sono suddivise in 6 classi, si va da 116 euro classe 1 a 44 euro classe 5.

E così via per le altre prestazioni assistenziali che hanno classi e valori diversi.

Così come avviene che dalla classe più basse (8) si passi, per la stessa persona, alla classe più alta o intermedia, a seconda dell'evoluzione fisica o psichica del soggetto.

Ma cosa contengono le classi?

Le classi contengono degli indicatori di complessità, a seconda ovviamente se parliamo di RSA, RSD ecc. Gli indicatori generali (RSA) sono tre:

- Mobilità
- Cognitività
- Comorbilità

A loro volta questi macro indicatori contengono dei sotto indicatori. Ad esempio, per la mobilità si valuta:

- mobilità 1- trasferimento letto sedia, contiene 5 codici, ad esempio, senza che ve li riporto tutti: “necessarie due persone per il trasferimento del paziente, con o senza ausilio meccanico”; “per una o più fasi del trasferimento è necessaria l’assistenza di una persona”, ecc.
- mobilità 2 – riabilitazione anche qui 5 indici
- mobilità 3 – locomozione su sedia a rotelle

Ogni indicatore e sottoindicatore ha un valore, che a sua volta ha un indice di conversione. Con una complessa formula matematica si trasformano i valori e gli indici degli indicatori nella classe di appartenenza.

In una RSA, quindi, possono sussistere classi diverse e, quindi, tariffe diverse, a seconda della complessità assistenziale richiesta alla persona e, quindi, della classe in cui è inserito.

Gli altri sistemi indicati funzionano, più o meno allo stesso modo del SOSIA, ma possono differire – anche di molto – gli indicatori e il loro valore e ciò incide sulla tariffa finale.

La scheda RUG (Toscana, Emilia ecc) è costruita su indicatori che danno conto dei livelli di autonomia, di specifiche aree problematiche psico-affettive e comportamentali, della stabilità clinica, della effettuazione di cure e terapie complesse e ad alto contenuto sanitario, dei programmi riabilitativi.

Le aree di valutazione sono suddivise in sezioni, ad esempio, stato cognitivo, comunicazione, umore e comportamento, autonomia ecc.

Ogni voce ha un valore, in base a queste variabili, l’ospite viene assegnato a una tra 7 classi principali, con valori tariffari diversi, all’interno di ogni raggruppamento principale i residenti vengono ulteriormente suddivisi in diversi sottogruppi in rapporto al grado di autonomia basato sulle ADL (Activities of Daily Living), in relazione a variabili psico-affettive, all’inserimento o meno in programmi di nursing riabilitativo.

Infine, quando parliamo di **riabilitazione**, occorre fare alcune distinzioni, che a loro volta mutano in rapporto al sistema adottato e quindi, cambia la remunerazione.

Per semplificare possiamo distinguere:

- Riabilitazione multidisciplinare ad intensità molto alta. Richiede 450 o più minuti di terapia riabilitativa/settimana
- Riabilitazione di intensità elevata. Richiede 300 o più minuti di terapia riabilitativa/settimana
- Riabilitazione intensità media. Richiede 150 o più minuti di terapia riabilitativa/settimana
- Riabilitazione lieve. Richiede 45 o più minuti di terapia riabilitativa/settimana

La terapia riabilitativa include la terapia fisica, occupazione e la logoterapia. La riabilitazione infermieristica include la mobilizzazione passiva e attiva, utilizzo di utensili, programmi di locomozione, vestirsi, svestirsi, mangiare, deglutire, trasferimenti, ecc.

Appare evidente che a seconda del tipo di riabilitazione cambia il numero di personale necessario, ma, soprattutto, cambia la tariffa che può anche essere sanitaria interamente.

AMM