



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea Magistrale
in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche

L'anziano immerso nel territorio italiano:
un esempio pratico di Residenza Protetta

Relatore: Chiar.mo

Paolo Antognini

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Paolo Antognini', written over the printed name.

Tesi di Laurea di:

Marta Gravina

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Marta Gravina', written over the printed name.

A.A. 2020/2021

INDICE

Capitolo 1 - Introduzione

- 1.1 L'anziano in Italia: Fragilità e Disabilità
- 1.2 Progetto Mattoni
- 1.3 La Rete territoriale Italiana: le prestazioni erogate
- 1.4 Sistemi di classificazione e Valutazione Multidimensionale
- 1.5 Accredimento
- 1.6 Tariffario
- 1.7 Residenza Protetta per anziani: qualche definizione
- 1.8 Residenza Protetta per anziani: i cambiamenti a seguito della DGRM 937
20/07/2020

Capitolo 2 - Dal generale al particolare: un esempio di Residenza Protetta

- 2.1 Il COVID-19 nelle strutture residenziali per anziani: cenni di normativa
- 2.2 Il COVID-19 nelle strutture residenziali per anziani: i cambiamenti organizzativi

Capitolo 3 - Materiali e Metodi: il Sistema RUG-III

Capitolo 4 - Discussione dei Risultati

Capitolo 5 - Conclusioni

Capitolo 6 - Sitografia e Bibliografia

1. Introduzione

La frammentarietà dell'assistenza extraospedaliera sul suolo italiano è quanto mai nota. Una varietà di strutture, denominazioni, approcci e sistemi di valutazione per la complessità dell'ospite ha generato confusione e un'intrinseca difficoltà per l'allocazione delle risorse umane ed economiche. Al 31 dicembre 2015, secondo i dati Istat, sono 12828 i presidi socioassistenziali e socio-sanitari attivi in Italia; essi dispongono complessivamente di 390.689 posti letto (6,4 ogni 1000 residenti). Il cambiamento sociale a cui abbiamo assistito nel corso degli ultimi trent'anni ha portato a un sommovimento anche nella gestione dell'anziano, del malato cronico e psichiatrico. L'allungamento dell'aspettativa di vita, l'arrivo delle malattie croniche e incurabili e fattori sociali di diversa natura, come il radicale cambiamento del ruolo della donna, hanno portato alla nascita di sempre più diversificate strutture assistenziali extraospedaliere. Residenze Protette, RSA, Centri Diurni, Case di Riposo offrono posti letto aggiuntivi per chi non soffre di patologie acute che necessitano un ricovero, ma che non sono comunque gestibili, per un motivo o per un altro, in ambito domestico. La diversità nella nomenclatura è indice di una complessità connaturata al nostro essere italiani. Ci sono strutture che offrono diverse classi di prestazioni, che mescolano ad esempio posti da Residenza Protetta e da Casa di Riposo, o da Centro Diurno e RSA. Questa diversificazione porta però anche a una difficoltà nell'allocazione delle risorse sia umane, sia economiche. Non parliamo esclusivamente di fondi regionali destinati a tali strutture, ma anche di una vera e propria difficoltà nel definire i tempi di assistenza e la complessità assistenziale di ciascun ospite. L'accessibilità ai servizi, il livello di offerta, gli standard assistenziali, le quote di partecipazione alla spesa, sono diverse da regione a regione. La frammentarietà non è soltanto nel tipo di strutture e di prestazioni erogate, ma parte proprio dalla base: la valutazione dell'ospite. Specialmente per quel che riguarda l'anziano, esistono una serie di sistemi di valutazione diversi che hanno approcci diversi e che, ovviamente, alla fine concorrono a risultati diversi. Il complesso di azioni che vedono l'anziano interfacciarsi alla realtà delle strutture territoriali spesso hanno luogo alla sua dimissione da un posto letto ospedaliero. Si potrebbe dire che tutto ha inizio quando l'anziano passa dall'essere un "paziente" all'essere un "ospite". Fra queste due denominazioni deve essere compresa una Valutazione Multidimensionale. La Valutazione Multidimensionale è una metodica che consente di standardizzare la

Valutazione dei soggetti anziani e disabili integrando necessità assistenziali di tipo Socio-Sanitario, rilevando le criticità del caso e costruendo un piano coerente di trattamento. 2 Per effettuare una Valutazione Multidimensionale esistono diversi strumenti, il più conosciuto è il RAI in uso in America, di cui è stata sviluppata una recente versione italiana in uso in Friuli Venezia Giulia, il VALGRAF. Un altro sistema piuttosto conosciuto e sviluppato soprattutto in Veneto è lo SVAMA. Dai dati raccolti dai vari sistemi di VMD si può costruire lo strumento di analisi della complessità assistenziale della persona a cui ci stiamo riferendo. Del suo “case-mix”, insomma. Il sistema RAI e il VALGRAF consentono di produrre il RUG. Lo SVAMA ha un sistema di pesatura autonomo. Esistono poi anche il SOSIA, in uso in Lombardia, e il sistema AGED, in uso in Liguria, che possono essere considerati strumenti di analisi della complessità assistenziale, pur non avendo le caratteristiche strutturali di una Valutazione Multidimensionale. Nella Regione Marche, lo schema di valutazione è il RUG III. La scheda di Valutazione RUG è una versione ridotta della scheda di valutazione multidimensionale conosciuta come Resident Assessment Instrument (RAI, o VAOR© nella versione Italiana) correntemente utilizzata negli U.S.A. per la valutazione e la programmazione dell’assistenza dei pazienti ospiti delle Nursing Home (sostanzialmente corrispondenti alle RSA italiane). Ne parleremo approfonditamente nel corso di questo elaborato, ma questo tipo di sistema è piuttosto limitato per definire al meglio le realtà a cui vuole fare riferimento. Questo soprattutto se si guarda alla realtà delle Residenze Protette, in cui maggiore attenzione è posta alla cronicità rispetto alle RSA, ad esempio.

In questa prima parte, completamente descrittiva e fondata su un’accurata ricerca nel campo della normativa che regola questo tipo di strutture, si è voluto dare un incipit a quello che sarà poi il lavoro che verrà svolto il prossimo anno.

Una volta ottenute le dovute autorizzazioni, l’obiettivo sarà quello di confrontare i dati estraibili dai RUG di ogni ospite (e quindi la relativa complessità assistenziale) di una specifica struttura della Regione Marche con la quantità e la qualità dell’assistenza erogata dalla struttura stessa. Questo non tanto per valutare l’efficacia della struttura nell’erogare le prestazioni, in quanto si parte dal presupposto che si stia già facendo un lavoro egregio in tal senso, quanto per indagare quanto possano essere utili i sistemi di valutazione multidimensionale degli anziani nel territorio e quali possano esserne le eventuali criticità nell’applicazione.

1.1 L'anziano in Italia: fragilità e disabilità

L'Italia, come gran parte dei paesi europei, ha subito nel corso del '900 un'importante rivoluzione sociale e culturale. L'aumento dell'aspettativa di vita, del livello d'istruzione, i mutamenti economici e quello fondamentale del ruolo della donna hanno stravolto il concetto di famiglia tradizionale, in senso progressista e migliorativo. Se, quindi, un tempo l'anziano malato (spesso cronico e spesso non così anziano) veniva continuamente gestito nella casa di famiglia, dalla moglie o dalla figlia, in epoca attuale spesso si ritrova senza alcun posto dove andare o nessuno a cui appoggiarsi. Economicamente e socialmente parlando gli anziani sono oggi in molti casi soli, lasciati a loro stessi. Secondo i dati più recenti dell'ISTAT¹, c'è una notevole percentuale di famiglie, in Italia, composte da "persone sole". Di questa percentuale, il 48.7% sono anziani di 65 anni o più, di cui il 17% delle persone ha un'età compresa fra i 65 e i 74 anni, il 20.7% fra i 75 e gli 84 anni e l'11,1% con più di 85 anni. La solitudine non è il solo aspetto da indagare in questi casi.

Nel 1954, lo psicologo Abraham Maslow ideò una disposizione gerarchica dei bisogni dell'essere umano in quanto tale. Una piramide, per l'esattezza, che poneva alla sua base tutto ciò che era essenziale alla mera sopravvivenza umana, mentre scalando verso la punta si trovano tutti quei bisogni più immateriali e legati alla percezione di sé e del mondo circostante. La soddisfazione continua di questi bisogni è alla base del funzionamento dell'essere umano e, nel tempo, progredendo verso la vecchiaia, diventa sempre più probabile perdere funzionalmente la capacità di sopperire autonomamente a uno o più di questi bisogni. Entrano quindi in gioco i concetti di **disabilità** e **fragilità**, che sebbene non siano esclusivamente legati agli anziani e possano riferirsi a qualsiasi fascia d'età, possono essere più facilmente riscontrati nella popolazione che ha più di 65 anni.

Il livello di autonomia nell'anziano viene individuato tramite due scale: ADL (Activity of Daily Living) e IADL (Instrumental Activity of Daily Living). Seppur simili, questi due strumenti vanno ad indagare due diverse tipologie di attività. La scala delle ADL si riferisce principalmente alla capacità del soggetto di compiere azioni fondamentali per la vita quotidiana, come il mangiare, il vestirsi o il lavarsi autonomamente. (Immagine 1) La scala delle IADL, invece, indaga funzioni più complesse (effettuare i lavori domestici,

gestire le proprie finanze) che consentono all'individuo di poter vivere solo e in maniera autonoma. (Immagine 2)

Nella letteratura internazionale, una condizione di **disabilità** è determinata dalla perdita di autonomia nello svolgimento anche di una sola funzione delle ADL. I dati di Passi d'Argento², il sistema di sorveglianza italiano della popolazione anziana, raccolti fra il 2016 e il 2019 sottolineano che quasi un anziano con più di 85 anni su 2 (il 48% per la precisione) è considerabile disabile, più frequentemente tra le donne (18%) che tra gli uomini (11%) e fra le persone economicamente svantaggiate (27%). Uno dei dati più rassicuranti riguardanti il nostro paese è che praticamente la totalità delle persone affette da disabilità (il 99% secondo Passi d'Argento) riceve aiuto. Il problema principale è che questo dato deve essere considerato sotto un'ottica diversa: chi presta aiuto a queste persone? Principalmente, il carico assistenziale è totalmente gestito dalla famiglia, molto meno dal servizio sanitario. Nello specifico, il 94% delle persone con disabilità riceve aiuto dai familiari, il 37% dai badanti e meno del 10% riceve aiuto domiciliare da operatori socio-sanitari preposti. Esclusivamente il 3% dei disabili riceve assistenza presso un centro diurno.

Che cosa dire sulla **fragilità**? Anche in questo caso, per definirne il concetto ci viene in aiuto il programma di Passi d'Argento, che definisce la persona fragile qualcuno di non necessariamente disabile, e quindi autonomo nelle ADL, ma che ha perso autonomia nello svolgimento di due o più funzioni complesse IADL. Fried e Coll³, invece, nel 2004 l'hanno definita biomedicamente come *“una sindrome fisiologica caratterizzata dalla riduzione delle riserve funzionali e dalla diminuita resistenza agli stressor risultante dal declino cumulativo di sistemi fisiologici multipli che causano vulnerabilità e conseguenze avverse”*. Successivamente, invece, nel 2010, Gobbens e Coll⁴ la riconducono a *“uno stato dinamico che colpisce un individuo che sperimenta perdite in uno o più domini funzionali (fisico, psichico, sociale), causate dall'influenza di più variabili che aumentano il rischio di risultati avversi per la salute.”*

Comunque la si voglia definire, in Italia la fragilità è una condizione che affligge 18 persone su 100 e che cresce progressivamente con l'età, fino a raggiungere il 30% fra gli over 85. Dal punto di vista del carico assistenziale, anche in questo caso la maggior parte degli anziani fragili riceve assistenza da familiari e badanti, con una bassissima

percentuale (<3%) che dichiara di aver ricevuto aiuto domiciliare da operatori preposti. In questo caso, gli anziani assistiti presso i centri diurni scendono al di sotto dell'1%. In un clima tale, è naturale la nascita e la crescita di tantissime strutture socio-assistenziali e socio-sanitarie pubbliche e private, che puntano all'accoglienza dell'anziano non più autosufficiente. Concretamente, esistono quasi 13000 presidi di questo genere, secondo i dati Istat, e sono inseriti in un marasma di nomenclatura e regolamenti che ne rendono difficile la classificazione e, parallelamente, il finanziamento da parte del Fondo Sanitario Nazionale.

Secondo Enrico Brizioli, intervenuto a tal riguardo al 52° congresso SIGG a Firenze nel 2007, quindi ormai più di 13 anni fa, ai tempi il numero di posti letto del sistema residenziale italiano era superiore ai 300000, per una spesa annua stimata di circa 6 miliardi di euro per il Sistema Sanitario Nazionale. L'ingente spesa non sarebbe nemmeno un grande ostacolo, considerando l'ampiezza del fenomeno su cui ci stiamo affacciando. Il problema italiano, come abbiamo detto in apertura, è la mancanza di un modello univoco di classificazione di ogni aspetto che riguarda il sistema residenziale. Non sappiamo classificare precisamente le strutture, le prestazioni e i pazienti e, anche ad oggi, nelle varie regioni italiane sono chiamate con nomi uguali cose diverse e con nomi diversi cose uguali.

Le strutture residenziali a volte si confondono con le lungodegenze e quelle di riabilitazione, i parametri di spesa, degli standard assistenziali e del livello di offerta sono completamente diverse non solo fra Nord e Sud Italia, ma anche fra regioni contigue. Tutti fattori la cui mancanza determina l'impossibilità di verificare e prevedere i Livelli Essenziali di Assistenza erogati nelle varie strutture. Associando questa situazione a una sostanziale assenza di strumenti per la valutazione dei bisogni assistenziali delle persone, si può ben capire quanto il sistema delle cure residenziali in Italia sia fondamentalmente caratterizzato da una casualità dell'assistenza.

Con il proseguire del tempo, il quadro epidemiologico italiano, fatto di una popolazione che invecchia sempre di più e sempre più a lungo, porterà sempre più ad un incremento delle prestazioni residenziali e ad una loro specializzazione ulteriore. Sembra quindi alquanto fondamentale l'organizzare ed uniformare il territorio italiano, fatto per ora da singoli piccoli frammenti che funzionano al meglio delle loro possibilità, spesso in modo

anche egregio. Della necessità di una regolamentazione più ferrea e di una ormai indilazionabilità, da parte della Regione, di prendere in mano questa frammentarietà di base aveva già parlato Fabio Ragaini nel lontano 2009².

A.D.L. (Index of Independence in Activities of Daily Living)		
	punteggio	
(AD 1) Fare il bagno	1	<input type="checkbox"/> 1) Non riceve alcuna assistenza (entra ed esce dalla vasca autonomamente, nel caso che la vasca sia il mezzo abituale per fare il bagno) <input type="checkbox"/> 2) Riceve assistenza nel lavare solo una parte del corpo (es. la schiena od una gamba)
	0	<input type="checkbox"/> 3) Riceve assistenza nel lavare più di una parte del corpo (o rimane non lavato)
(AD 2) Vestirsi	1	<input type="checkbox"/> 1) Prende gli abiti e si veste completamente senza assistenza <input type="checkbox"/> 2) Prende gli abiti e si veste completamente senza assistenza, tranne per allacciarsi le scarpe
	0	<input type="checkbox"/> 3) Riceve assistenza nel prendere gli abiti o nel vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito
(AD 3) Uso dei servizi	1	<input type="checkbox"/> 1) Va ai servizi, si pulisce, si riveste senza assistenza (può usare supporti come il bastone o il deambulatore o la sedia a rotelle, è in grado di maneggiare la padella o la comoda svuotandola al mattino)
	0	<input type="checkbox"/> 2) Riceve assistenza nell'andare ai servizi, nel pulirsi, nel vestirsi, nell'usare la padella o la comoda <input type="checkbox"/> 3) Non va ai servizi per i bisogni corporali
(AD 4) Spostarsi	1	<input type="checkbox"/> 1) Entra ed esce dal letto come pure si siede e si alza dalla sedia senza assistenza (può usare supporti come il bastone o il deambulatore)
	0	<input type="checkbox"/> 2) Entra ed esce dal letto come pure si siede e si alza dalla sedia con assistenza <input type="checkbox"/> 3) Non si alza dal letto
(AD 5) Continenza	1	<input type="checkbox"/> 1) Controlla completamente da solo la minzione o la defecazione
	0	<input type="checkbox"/> 2) Ha occasionali "incidenti" <input type="checkbox"/> 3) Il controllo della minzione e della defecazione è condizionato dalla sorveglianza, usa il catetere o è incontinente
(AD 6) Alimentarsi	1	<input type="checkbox"/> 1) Si alimenta da solo senza assistenza <input type="checkbox"/> 2) Si alimenta da solo eccetto che necessita di assistenza per tagliare la carne o per spalmare il burro sul pane
	0	<input type="checkbox"/> 3) Riceve assistenza nell'alimentarsi o viene alimentato parzialmente o completamente per sondino o per via endovenosa

Immagine 1

I.A.D.L. (Instrumental Activities of Daily Living Scale)		
	Punteggio	
(I.A. 1) A Capacità di usare il telefono	1	<input type="checkbox"/> 3) Usa il telefono di propria iniziativa, alza il microfono e compone il numero <input type="checkbox"/> 2) Compone solo alcuni numeri ben conosciuti <input type="checkbox"/> 1) E' in grado di rispondere al telefono, ma non di chiamare
	0	<input type="checkbox"/> 0) Non è capace di usare il telefono
(I.A. 2) B Movimento per acquisti nei negozi	1	<input type="checkbox"/> 3) Prende autonomamente cura di tutte le necessità di acquisti nei negozi
	0	<input type="checkbox"/> 2) E' in grado di effettuare solo piccoli acquisti nei negozi <input type="checkbox"/> 1) Necessita di essere accompagnato per qualsiasi giro di acquisti nei negozi <input type="checkbox"/> 0) E' del tutto incapace di fare acquisti nei negozi
(I.A. 3) C Mezzi di trasporto	1	<input type="checkbox"/> 4) Si sposta da solo sui mezzi pubblici o guida la propria auto <input type="checkbox"/> 3) Organizza i propri spostamenti con taxi, ma non usa i mezzi pubblici <input type="checkbox"/> 2) Usa i mezzi pubblici se accompagnato da qualcuno
	0	<input type="checkbox"/> 1) Può spostarsi soltanto con taxi o con auto con l'assistenza di altri <input type="checkbox"/> 0) Non si sposta per niente
(I.A. 4) D Responsabilità nell'uso di farmaci	1	<input type="checkbox"/> 2) E' in grado di assumere medicinali nelle giuste dosi ed al tempo giusto
	0	<input type="checkbox"/> 1) E' in grado di assumere medicinali se preparati in anticipo in dosi separate <input type="checkbox"/> 0) Non è in grado di assumere medicine da solo
(I.A. 5) E Capacità di gestire il danaro	1	<input type="checkbox"/> 2) Gestisce le operazioni finanziarie indipendentemente (bilanci, scrive assegni, paga affitti, conti, va in banca, raccoglie e tiene nota delle entrate) <input type="checkbox"/> 1) Gestisce gli acquisti quotidiani, ma necessita di aiuto per le operazioni bancarie, gli acquisti maggiori, ecc.
	0	<input type="checkbox"/> 0) E' incapace di maneggiare denaro
(I.A. 6) F Cucinare	1	<input type="checkbox"/> 1) Si prepara e si serve i pasti da solo
	0	<input type="checkbox"/> 0) Assume cibo inadeguato anche se preparato da solo o gli debbono essere forniti gli ingredienti
(I.A. 7) G Accudire la casa	1	<input type="checkbox"/> 1) Fa lavori leggeri da solo anche se non mantiene la casa pulita o va aiutato ma fa tutti i lavori
	0	<input type="checkbox"/> 0) Non fa alcun lavoro domestico
(I.A. 8) H Bucato	1	<input type="checkbox"/> 1) Lava da solo tutto o solo la biancheria
	0	<input type="checkbox"/> 0) Tutto il bucato è fatto da altri

Immagine 2

1.2 Progetto Mattoni

In questa confusionaria ottica, il Ministero della Salute è corso ai ripari. Nella Conferenza Stato Regioni del 10 Dicembre 2003 è stato approvato il Progetto “Mattoni SSN”, che ha come unico obiettivo il creare un linguaggio comune a livello nazionale per garantire il confronto delle informazioni condivise nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).

Il NSIS rappresenta la base dati dalla quale poi gli enti e le strutture dovrebbero partire per sviluppare le misure necessarie al bilanciamento del delicato equilibrio che intercorre fra costi e qualità. La definizione di questo linguaggio comune ha dettato la nascita del Progetto Mattoni SSN. Numerosi professionisti in 15 linee progettuali diversi hanno elaborato specifiche metodiche con l'intento di rispondere alle esigenze informative del NSIS. Le tematiche affrontate dai Mattoni del Sistema Sanitario Nazionale sono articolate in tre aree:

- Classificazioni e codifiche;
- Metodologie di analisi;
- Contenuti informativi.

A correre in aiuto al problema di questo elaborato è il Mattone 12, chiamato “Assistenza residenziale e semiresidenziale”, il cui Coordinatore Scientifico è proprio Enrico Brizioli. La Regione Marche è stata capofila per la realizzazione e il coordinamento del Mattone 12, che ha avuto come obiettivo la costruzione di un flusso informativo nazionale che impone la definizione di un sistema di classificazione omogeneo. L'ambito di riferimento del Mattone 12 sono ovviamente le prestazioni residenziali e semiresidenziali erogate ai soggetti non autosufficienti e non assistibili a domicilio, fra cui anziani, disabili fisici, psichici e sensoriali e pazienti psichiatrici.

Un lungo e attento lavoro, insomma, quello degli esperti, che hanno iniziato la loro attività raccogliendo dati sui flussi informativi allora esistenti, ossia principalmente le semplici rilevazioni dalle strutture di cura da parte del Ministero della Salute e dell'ISTAT. Risultati che, come prevedibile, hanno evidenziato grandi problematiche sia a livello di flussi informativi, sia nei sistemi di classificazione.

1.3 La rete territoriale italiana: le prestazioni erogate

L'Italia conta una rete di circa 5000 strutture residenziali per anziani, con una media di posti letto che si aggira sulle 53 unità. Per poterci calare nel contesto specifico di questa sezione dell'elaborato, dobbiamo riprendere in mano alcune delle definizioni date nella precedente. Nello specifico ci riferiamo alla classificazione della tipologia di prestazioni e delle strutture che le erogano definita in base al DPCM 14 febbraio 2001 sull'integrazione Socio-Sanitaria (Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie) e, più nello specifico, dal DPCM 29/11/2001 SMI sui Livelli Essenziali di Assistenza.

Sul quanto sia necessario creare una rete extraospedaliera territoriale che riesca a gestire tutta la complessità assistenziale generata da un anziano dimesso da un reparto o non più gestibile a domicilio ci siamo già dibattuti molto. Questa rete, in Italia, è quantomai articolata, complessa e frammentata, gestita dalle regioni e, quindi, ovviamente poco uniformata a livello nazionale, con un forte gradiente di disparità fra Nord e Sud della nazione. In ogni caso, le prestazioni erogate dalle strutture territoriali italiane possono essere riassunte come nella tabella che segue.

La classificazione in atto non è divisiva, tutt'altro. È quanto mai auspicabile che all'interno della stessa struttura possano coesistere più realtà, più nuclei operativi specializzati. Le prime tre tipologie (R1, R2, R2D) sono principalmente riferite a strutture Intensive od Estensive, comunque ad alta intensità di cura e complessità assistenziale. Saranno quindi necessarie una maggiore allocazione di risorse umane, specialmente nei casi delle figure mediche ed infermieristiche, e materiali.

Codice di Prestazione	Descrizione
R1	Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di cure Residenziali Intensive) a persone non autosufficienti ad alto grado di intensità assistenziale, essenziale per il supporto alle funzioni vitali ed in particolare: ventilazione meccanica, ossigenoterapia continua, nutrizione enterale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (riferiti a persone in condizione di stato vegetativo o coma prolungato, persone con gravi insufficienze respiratorie, pazienti terminali, etc...).
R2	Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Estensive) a persone non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione enterale, etc...
R2D	Prestazioni erogate in nuclei specializzati a persone con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività (Nuclei Alzheimer).
R3	Prestazioni erogate a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria (Unità di cure Residenziali di Mantenimento).
SR1	Prestazioni Semiresidenziali – Prestazioni di cure estensive o di mantenimento per anziani erogate in centri diurni.
SR2	Prestazioni Semiresidenziali Demenze – Prestazioni di cure estensive o di mantenimento per persone con demenza senile in centri diurni.

Tabella 1

Per tentare di risolvere, almeno in parte, la dispersiva frammentarietà della realtà territoriale italiana è nato, per mano del Ministero della Salute, il Progetto Mattoni SSN. A correre in aiuto del problema che stiamo esaminando nello specifico è il Mattone 12, “Assistenza Residenziale e Semiresidenziale”, con capolista la Regione Marche e come Coordinatore Scientifico Enrico Brizioli. Proprio il Mattone 12, sulla base della classificazione delle unità erogatrici determinata poco fa, ha definito gli standard

qualificanti per ogni tipologia di struttura residenziale e semiresidenziale (riportati nella Tabella 2) e gli indicatori di verifica di tali standard (Tabella 3).

Tipologia	Standard qualificanti
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 medica: 120 minuti/die per nucleo Infermiere: h12 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 Assistenza globale > 80 min

Tabella 2

Tipologia	Indicatori
R1	Numero p.l. per 1000 anziani e numero di assistiti Tasso occupazione annuo medio N. pz. in lista di attesa Durata media attesa
R2	Numero p.l. per 1000 anziani e numero di assistiti Tasso occupazione annuo medio N. pz. in lista di attesa Durata media attesa
R2D	Numero p.l. per 1000 anziani N. pz. in lista di attesa Durata media attesa
R3	Numero p.l per 1000 anziani N. pz. in lista di attesa Durata media attesa
SR	Numero p.l per 1000 anziani N. pz. in lista di attesa Durata media attesa
SRD	Numero p.l per 1000 anziani N. pz. in lista di attesa Durata media attesa

Tabella 3

1.4 Sistemi di classificazione e Valutazione Multidimensionale

La Valutazione Multidimensionale è la metodica che consente di definire la complessità dei bisogni dell'ospite, concentrando in un solo documento tutte le problematiche sanitarie, assistenziali, tutelari, psicologiche e socioeconomiche. La Valutazione Multidimensionale deve essere attuata con strumenti scientificamente validati, omogenei almeno su scala regionale.

Le prime esperienze di classificazione delle prestazioni nelle strutture residenziali e semiresidenziali si sono avute, ad esempio, negli Stati Uniti. Già nei primi anni '70, numerosi furono i tentativi di sistematizzare i flussi di informazione e, negli anni '80, fu sviluppato il primo modello del sistema RUG (Resource Utilization Groups) che, ormai giunto alla sua terza evoluzione, è in uso anche in alcune regioni italiane, fra cui le Marche. Il sistema RUG individua 7 classi di assistenza, declinabili in 44 gruppi isorisorse^{6,7}. Oltre che in Italia, il sistema RUG viene utilizzato in moltissimi paesi del mondo, sia Europei sia extra europei.

In Francia, nello stesso periodo di nascita del RUG, quindi nei primi anni '80, è stato sviluppato un sistema con caratteristiche simili chiamato AGIRR. Quest'ultimo definisce 6 gruppi isorisorse assistenziali, è uno strumento più semplice rispetto al RUG nostrano. In Australia, invece, è stato sviluppato un sistema autonomo chiamato RCS (Resident Classification Scale) che ha modalità simili al RUG.

Per quel che riguarda l'Italia, invece, il Sistema RUG è stato validato su un campione di RSA di 6 regioni⁸. In Liguria, invece, è stata adottata una revisione dell'AGIRR, creando quindi un nuovo sistema chiamato, in italiano, AGED. In Friuli Venezia Giulia viene utilizzato il VALGRAF, più semplice da utilizzare, ma che comunque contiene al suo interno il RUG. La Lombardia e il Veneto hanno generato due sistemi di valutazione propri, chiamati rispettivamente SOSIA e SVAMA.

Il SOSIA (Scheda di Osservazione Intermedia dell'Assistenza) consente di classificare gli utenti delle RSA in 8 gruppi differenti, che vanno ciascuno ad identificare un preciso livello di intensità assistenziale. Lo SVAMA (Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'Anziano), invece, si basa sulla compilazione di singole scale di valutazione, attribuendo, alla fine, ogni utente a 7 gruppi di isorisorse.

Ci sono poi alcune regioni che sono rimaste “in sospeso”, che stanno quindi sperimentando i vari sistemi per prendere una decisione definitiva sulla base dei risultati. L’Emilia Romagna, ad esempio, sta tastando il sistema RUG, così come la Toscana, la Basilicata e la Calabria, ciascuna a vari livelli di sperimentazione. La Puglia ha scelto, invece, il sistema SVAMA.

Una volta attuata la Valutazione Multidimensionale di una persona, è possibile definirne l’Indice di Case-Mix (ICM) assistenziale. Secondo il Glossario del Ministero della Salute, l’Indice di Case-Mix è definito come “L’Indice di Case-Mix consente di confrontare la diversa complessità della casistica trattata, ed è calcolato come rapporto fra il peso medio del ricovero di un dato erogatore ed il peso medio del ricovero nella casistica standard (nazionale). In questo caso, valori superiori all’unità indicano una casistica di complessità più elevata rispetto allo standard, mentre valori inferiori all’unità rappresentano una complessità minore.”

Una volta definito il Case-Mix, è possibile attribuire alla persona in soggetto un determinato “costo” in termini di risorse umane e materiali. È dunque facile intuire quanto effettivamente sia importante standardizzare i sistemi di classificazione, in quanto è molto probabile, in mancanza di una linea comune, avere disomogeneità nei trattamenti e nell’allocazione delle risorse.

Riassumendo, la situazione italiana è la seguente:

- Lombardia – SOSIA
- Veneto – SVAMA
- Friuli-Venezia-Giulia – VALGRAF + RUG
- Marche – RUG
- Umbria – RUG
- Liguria – AGED
- Abruzzo – RUG

La valutazione dell’ospite deve essere effettuata in momenti specifici della sua permanenza all’interno della struttura residenziale. La cadenza delle valutazioni è determinata sempre dal Mattone 12 e non arbitraria della singola struttura, il tutto per omogeneizzare il più possibile i flussi informativi.

La prima valutazione dell'ospite, ovviamente, avviene nel momento della sua ammissione nella struttura. Ovviamente, finché le condizioni cliniche e di autosufficienza rimangono stabili e simili al momento dell'ammissione, non è necessaria una rivalutazione giornaliera, ma viene richiesta una periodica e sistematica considerazione dei bisogni dell'ospite, in genere ogni tre mesi.

La rivalutazione dovrà essere effettuata lo stessi ogni volta in cui si vadano a modificare significativamente le sue necessità assistenziali. È inoltre necessario indicare e rivalutare l'ospite ogni volta che viene dimesso e riammesso in struttura, ad esempio a seguito di un ricovero ospedaliero o in altra struttura.

In generale, comunque, le valutazioni nelle diverse fasi di ricovero vengono codificate come segue:

- A – Ammissione
- R – Rivalutazione Periodica
- M – Rivalutazione per modifica del profilo assistenziale
- D – Dimissione o trasferimento
- E – Exitus

1.5 Accredитamento

Per definizione, l'accreditamento istituzionale è un provvedimento tramite il quale si riconosce alle strutture pubbliche e private già autorizzate l'idoneità ad essere erogatori di prestazioni sanitarie, più precisamente per conto del Servizio Sanitario Nazionale. Per quel che riguarda la Regione Marche, le norme di Accreditamento sono state definite dalla norma vigente più recente, la Legge Regionale n.21 del 30 Settembre 2016, con titolo "Autorizzazioni e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati."

Nell'attuale Sistema Sanitario Nazionale, l'accreditamento è un presupposto essenziale per ogni struttura sanitaria, purché questa voglia essere partecipatore effettivo all'erogazione di prestazioni socio-sanitarie per conto del SSN. La prima disciplina in merito nasce nel 1992, quando alle Regioni viene affidato il compito di disciplinare la materia dell'Accreditamento, con l'articolo 8 del D.Lgs n. 502 del 1992). Sono seguiti il DPR 14 gennaio 1997, il D. Lgs. N.229 del 1999 e, infine, la Legge costituzionale n.3 del 2001 che ha dettagliato al meglio il quadro di riferimento normativo entro il quale devono operare le regioni.

Le funzioni amministrative concernenti l'accreditamento sono svolte principalmente dalla Regione, con qualche piccola eccezione riguardante le strutture di tutela ed accoglienza, a carico dei Comuni. L'attore principale che regola gli accreditamenti delle varie strutture sanitarie e socio-sanitarie, comunque, rimane in definitiva la Regione, sia per quel che riguarda le strutture residenziali e semiresidenziali, sia per gli ambulatori, gli studi odontoiatri e altre tipologie di studi medici e specialistici.

Il rilascio dell'Accreditamento per ciascuna delle strutture sopra citate ha validità triennale e non è previsto il rinnovo tacito. Per questo motivo, la domanda di rinnovo deve essere necessariamente presentata non prima di 150 giorni e non dopo 90 giorni antecedenti la data di scadenza della precedente richiesta di accreditamento. Infine, l'accreditamento non è trasmissibile e nei casi di mutamento della compagine societaria va presentata una nuova richiesta di accreditamento, rilasciata poi successivamente previa verifica dei requisiti dettati dalla LR 21/2016. Tale verifica verrà organizzata dal

Comitato Tecnico Operativo (C.T.O.) dell'Organismo Tecnicamente Accreditante (O.T.A.), che si avvale del Gruppo di Accreditamento Regionale (G.A.R.).

Le procedure per il rilascio e il rinnovo dell'accreditamento erano disciplinate dalla DGR n.1572 del 16/12/2019, integrata dalla DGR n.1573 del 16/12/2019, recentemente riviste e modificate, assieme alla LR 21/2016, dalla DGR n.937 del 20/07/2020. Quest'ultima normativa è andata a modificare di molto i requisiti per l'Accreditamento (o per il suo rinnovo) di tutte le tipologie di strutture extraospedaliere e territoriali, che gestiscano anziani, disabili, minori o pazienti psichiatrici.

Aggiornate, ad esempio, le dimensioni delle stanze, passando a 12 mq per posto letto nelle stanze singole e 9 mq per posto letto nelle stanze multiple, con un massimo di due letti. Necessari i bagni autonomi, in numero minimo di uno ogni quattro ospiti. Sottolineata l'importanza dei requisiti minimi impiantistici e tecnologici generali, con l'essenzialità di punti di lavaggio mani e la possibilità di usufruire di prodotti idonei al lavaggio senza acqua.

La DGR continua ed è molto prolissa, ma i punti focali (che verranno successivamente ripresi nel dettaglio) rimangono sempre gli stessi: la sicurezza degli ospiti del personale che vi lavora. Questa necessità è ovviamente nata in seguito ai cambiamenti dettati dalla recente pandemia di COVID-19, che ha sicuramente messo in discussione moltissime delle norme vigenti in merito a sicurezza e requisiti minimi per tutte le strutture che ospitano un gran numero di persone. Persone che, ovviamente, vivono in comunità e che devono necessariamente essere maggiormente tutelate.

1.6 Tariffario

Per quel che riguarda lo stato italiano, così come per quel che riguarda i sistemi di valutazione della persona, non esiste un sistema unitario per determinare le tariffe dell'assistenza extraospedaliera. Specialmente per quel che riguarda le residenze per anziani, argomento principe di questo elaborato, ogni regione ha adottato metodologie proprie, ampliando ancor di più la frammentarietà di un mondo già complesso di suo. Si parta, però, dal presupposto che la tariffazione delle prestazioni extraospedaliere è concettualmente molto diversa da quella ospedaliera. Considerando che nelle strutture residenziali la durata del ricovero è generalmente molto prolungato nel tempo, non si può ricorrere all'arteficio della "giornata di ricovero" come parametro per la tariffazione. Per questo motivo, il parametro che viene preso in considerazione è la "giornata di assistenza".

Esistono due principali sistemi tariffari per le residenze per anziani sul territorio italiano, che possono essere così sintetizzati:

- La tariffa per giornata di degenza;
- La tariffa giornaliera per caso trattato.

La **tariffa per giornata di degenza** è in realtà il metodo più semplice e più utilizzato nelle varie regioni italiane. Essa prevede una tariffa uguale per tutti, a prescindere dalle condizioni generali e dal carico assistenziale della persona, per questo risulta essere alquanto approssimativo. È, però, indubbiamente, anche il sistema più semplice da utilizzare. La tariffa viene generalmente calcolata facendo il rapporto tra la spesa complessiva annua prevista e il numero di giornate di degenza che si prevede di erogare durante l'anno. Risulta però molto difficile rendersi conto del diverso grado di assorbimento di risorse da parte dei pazienti, per questo generalmente il sistema viene utilizzato con dei correttivi.

Quello più utilizzato consiste nell'imporre delle tariffe differenziate non in base alle condizioni dei pazienti e della loro complessità, ma semplicemente legate alla tipologia di struttura cui si fa riferimento. Anche con questo correttivo, però, non è sufficiente a rendere tale sistema di tariffazione effettivamente efficiente, in primis perché la tipologia

e la qualità delle prestazioni più complesse vengono tendenzialmente livellate verso il basso, abbassando i gradi di complessità di ciascuna struttura.

Un altro correttivo spesso utilizzato è quello di estrapolare e togliere dalla tariffa alcuni costi come le prestazioni mediche specialistiche, gli accertamenti diagnostici strumentali o i farmaci. Questi vengono fatturati a parte o garantiti direttamente dalle ASL.

Qualsiasi correttivo venga applicato, generalmente la tariffa per giornata di degenza è composta da due parti: una parte sanitaria a carico del Servizio sanitario regionale e una parte alberghiera a carico dell'assistito. Questa tipologia di tariffa viene utilizzata dalla gran parte delle regioni italiane, in particolare: Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Marche, Molise, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta e la provincia Autonoma di Bolzano.

La seconda tipologia di tariffa di cui si è precedentemente parlato è la **tariffa giornaliera per caso trattato**. In questo caso, sorprendentemente, il sistema tiene conto delle condizioni del singolo paziente e del suo assorbimento di risorse. Entrano quindi in gioco i sistemi di valutazione di cui si è parlato in questo elaborato, nella regione Marche è in uso il sistema RUG III, ad esempio. Sono generalmente sistemi che garantirebbero l'efficienza produttiva e una maggiore equità nella distribuzione delle risorse fra le diverse strutture erogatrici di servizi.

Le tariffe per caso trattato sono composte da due strumenti:

- Un sistema di classificazione del case-mix (per le Marche, il RUG III);
- Una metodologia di pagamento.

Anche questa tipologia di tariffazione è composta da due parti: una parte sanitaria, che varia in base alla complessità del caso trattato, a carico del Servizio sanitario Regionale e una parte alberghiera a carico dell'assistito, che però non varia in relazione alla complessità del caso trattato.

Sebbene i sistemi di tariffazione siano abbastanza uniformati, questo non vale per le tariffe vere e proprie. Questo perché spetta alle singole regioni approvare le tariffe delle prestazioni residenziali, sia per la parte sanitaria sia per la parte alberghiera. Questo tranne che nei casi delle Province Autonome di Bolzano e di Trento e per le regioni della Lombardia e del Veneto, dove le Giunte (che siano Provinciali o Regionali) gestiscono

esclusivamente la parte sanitaria della tariffa. La quota alberghiera, in questi casi, verrà gestita dalla singola struttura.

Questo genera una grande diversità a livello economico nella gestione delle varie tariffazioni. Si passa, ad esempio, dagli 82 euro della Basilicata ai 167 della Valle d'Aosta. L'ennesimo divario che divide profondamente il Nord e il Sud Italia.

Per quel che riguarda la regione Marche, l'ultima modifica al tariffario per l'assistenza residenziale e semiresidenziale risale alla DGR 1331/2013, che è andata a soppiantare e modificare profondamente la vecchia DGR 1011/2013, alquanto discussa e contestata. Qui di seguito si riporta una tabella riassuntiva esplicitante un quadro sinottico delle tariffe, su base giornaliera, per le strutture residenziali e semiresidenziali della regione Marche, esclusivamente per quel che riguarda l'area "anziani", argomento principe di questo elaborato.

Denominazione livello assistenziale e codice	Denominazione struttura	Quota SSR (€)	Quota compartecipazione Utente/Comune (€)	Quota totale (€)
Cure Residenziali Estensive R2.1	RSA – Cure Intermedie	145.00	42.50	145.00
Cure Residenziali Estensive R2.2	RSA	80.50	42.50	123.00
Cure Residenziali Estensive R2D	RSA Demenze	85.50	42.50	128.00
Cure Residenziali di Mantenimento R3.1	RP Demenze	45	DDGGRR 704/06 e 1729/10	
Cure Residenziali di Mantenimento R3.2	RP Anziani	33.51	DDGGRR 704/06 e 1729/10	
Cure Semiresidenziali SRD	Centro Diurno Alzheimer	29.00	29.00	58.00

Cure Semiresidenziali SR	Centro diurno Anziani non autosufficienti	17.50	17.50	35
--------------------------------	---	-------	-------	----

Tabella 4

Le DDGGRR 704/2006 (“Approvazione modello di convenzione per residenze protette o nuclei di assistenza protetta in case di riposo e dei criteri tariffari in RSA”) e 1729/10 (“Approvazione del modello di convenzione tra Azienda Sanitaria regionale e Residenze Protette per Anziani”) che vengono citate nella tabella rappresentano i fondamenti normativi per i primi sistemi di tariffazione per le strutture residenziali e semiresidenziali per anziani.

Le due rettifiche principali imposte dalla DGR 1331/2014 riguardano le Cure Residenziali di Mantenimento R3.1 (RP Demenze) e le Cure Semiresidenziali SR, le cui tariffe saranno come riportato nella tabella esclusivamente quando gli standard assistenziali saranno equiparabili a quelli indicati nella tabella 1.1 di questo elaborato e, tali standard, dovranno essere operanti in virtù di un aggiornamento del Regolamento Regionale, il n.1 del 2004 (“Disciplina in materia di autorizzazione delle strutture e dei servizi sociali a ciclo residenziale e semiresidenziale”) e successive modificazioni.

1.7 Residenza Protetta per anziani: qualche definizione

Il Regolamento Regionale 08/03/2004 della Regione Marche, che ha titolo “Disciplina in materia di autorizzazione delle strutture e dei servizi sociali a ciclo residenziale e semiresidenziale” definisce le Residenze Protette come “... *una struttura residenziale con elevato livello di integrazione socio-sanitaria, destinata ad accogliere, temporaneamente o permanentemente, anziani non autosufficienti, con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste stabilizzate, non curabili a domicilio e che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse.*”

Gli anziani destinati alle Residenze Protette possono essere suddivisi in due diverse tipologie di necessità assistenziali:

- Anziani non autosufficienti di grado medio o totali bisognosi di assistenza residenziale e sanitaria (sindromi cronico-degenerative, eventi morbosi con necessità terapeutiche ed assistenziali continui...);
- Anziani con forme di demenza, deficit cognitivi senza rilevanti disturbi comportamentali.

L’Unità Valutativa Distrettuale (UVD) effettua la valutazione delle condizioni e dei livelli di non autosufficienza del singolo individuo e si impegna nelle successive rivalutazioni adeguatamente richieste entro dieci giorni dalla richiesta stessa. Le Residenze Protette forniscono ospitalità ed assistenza, assicurando un livello medio di assistenza sanitaria (medico, infermiere e fisioterapista) insieme ad un elevato livello di assistenza alberghiera.

Secondo questo Regolamento Regionale, inoltre, i posti letto di una Residenza Protetta sono normalmente pari a 80 unità, con un’organizzazione di spazi e prestazioni per nuclei fino a 30 ospiti ciascuno. Le strutture già operanti e con capacità ricettiva superiore, invece, non devono comunque superare il limite imposto di 120 posti letto, con nuclei sempre pari a 30 unità massimo. Ogni struttura, inoltre, deve garantire disponibilità di posti letto per l’accoglienza temporanea, con funzione di “sollievo” alla famiglia.

L’Allegato A del Regolamento Regionale 08/03/2004 fornisce anche due tabelle (riportate qui di seguito) che definiscono i Requisiti Minimi Strutturali ed Organizzativi, con relativi tempi di adeguamento, necessari alla costituzione di una Residenza Protetta.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI			
N.P	REQUISITO	TEMPO DI ADEGUAMENTO	RISPOSTA
1	La Residenza Protetta è priva di barriere architettoniche e, se disposta su più piani, è dotata di impianto ascensore. <i>(La presenza di impianto montalettighe soddisfa il requisito.)</i>	0	
2	La Residenza Protetta, se disposta su più piani, è dotata di impianto montalettighe.	3	
3	L'organizzazione degli spazi interni (camere, sale comuni, servizi igienici, ecc.) è tale da garantire a ospiti non autosufficienti il massimo di fruibilità, di privacy e di mantenimento dei livelli di autonomia personale.	5	
4	È presente un sistema di riscaldamento dotato di regolazione differenziata della temperatura per ambiente.	5	
5	È presente un sistema di rilevazione del tasso di umidità e vengono adottate misure per la ventilazione e il ricambio d'aria nelle camere e nei locali di soggiorno.	5	
6	Sono presenti: <ul style="list-style-type: none"> • Luci di emergenza notturne; • Linea telefonica a disposizione degli ospiti. 	0	
7	Sono presenti camere da letto singole o doppie, con superficie utile di mq 12 per le singole e mq 18 per le doppie. <i>(Nel caso di strutture operanti è ammessa una tolleranza del 20% sulle dimensioni delle camere; è ammessa una tolleranza maggiore, comunque contenuta entro i limiti del vigente regolamento edilizio, in non più di 1/4 delle camere.)</i>	5	
8	Il numero delle camere singole è in misura non inferiore al 10% del totale delle camere.	5	
9	Sono presenti servizi igienici attrezzati per la non autosufficienza collegati alle camere in numero di 1 ogni camera a due posti e 1 ogni due camere ad un posto. <i>(Nel caso di strutture operanti è ammessa la presenza di un servizio igienico attrezzato per la non autosufficienza ogni</i>	5	

	<i>2 camere e, in ogni caso, almeno 1 ogni 4 ospiti.)</i>		
10	In tutti i posti letto ed in tutti i servizi igienici sono presenti dispositivi di chiamata di allarme.	1	
11	Sono presenti locali comuni, anche ad uso polivalente, per soggiorni, attività occupazionali, ecc. (1)	5	
12	È presente un locale per esercizio di culto e camera ardente. (1) <i>(Il requisito è soddisfatto anche mediante convenzione con presidi e strutture contigue.)</i>	5	
13	Sono presenti servizi igienici, collegati agli spazi comuni, attrezzati per la non autosufficienza. (1)	5	
14	La struttura dispone di locali da adibire a servizi o prestazioni opzionali. (1)	5	
15	Gli spazi per i servizi generali comprendono: (1) <ul style="list-style-type: none"> • Spogliatoio per il personale con servizi igienici e doccia; • Guardaroba; • Cucina, dispensa e lavanderia, nell'ipotesi che i servizi stessi non siano esternalizzati; • Deposito biancheria sporca; • Deposito biancheria pulita; • Portineria; • Uffici. 	0	
16	I locali per i servizi generali sono adeguati alle modalità organizzative ed al numero dell'utenza. (1)	5	
17	Nei servizi di nucleo sono presenti i seguenti spazi/locali: (1) <ul style="list-style-type: none"> • Spazi multifunzionali adibiti a soggiorno/pranzo; • Locale di servizi per il personale con servizio igienico; • Angolo cottura o scaldavivande, eventualmente anche all'interno del locale di servizio del personale, qualora non sia possibile o agevole l'accesso alla cucina interna; • Bagno assistito. 	0	

18	I locali per i servizi di nucleo sono di dimensioni adeguate alla capacità ricettiva del nucleo. (1)	3	
19	Per l'erogazione delle prestazioni ed attività sanitarie sono presenti, all'interno della struttura: (1) <ul style="list-style-type: none"> • Locale per ambulatorio con servizio igienico; • Spazio/Palestra con relative attrezzature e ausili; • Spazio per deposito di attrezzature, ausili e presidi; • Armadiatura idonea alla conservazione dei farmaci. 	3	
20	I locali per le attività sanitarie sono di dimensioni adeguate alla funzionalità del servizio.	5	
21	La residenza dispone di attrezzature idonee alla tipologia degli ospiti ed a norma con le disposizioni vigenti in materia: <ul style="list-style-type: none"> • Letti articolati con sponde; • Materassi e cuscini antidecubito in funzione della necessità; • Apparecchiature, anche mobili, per la somministrazione dell'ossigeno; • Ausili per la mobilità ed il mantenimento delle autonomie residue; • Corrimano a parete nei percorsi principali. 	1	
22	Gli arredi sono curati, gradevoli, funzionali e conformi ai requisiti previsti dalla normativa vigente.	3	
23	La struttura dispone dell'utilizzo di adeguati spazi esterni.	5	

Tabella 5

1) Nelle residenze polifunzionali con utenza mista i requisiti strutturali indicati possono essere in comune – purché adeguati nel numero, nelle dimensioni e nell'articolazione interna – tra più tipologie di servizi (Es. Casa di Riposo e Residenza Protetta).

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI			
N.P	REQUISITO	TEMPO DI ADEGUAMENTO	RISPOSTA
24	<p>L'ente titolare della Residenza ha adottata la Carta dei servizi con esplicito riferimento a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Finalità e caratteristiche della struttura; • Modalità di ammissione, gestione della lista di attesa (valutazione del bisogno, ordine di presentazione delle domande, priorità, ecc...), fruizione del servizio e dimissione degli ospiti; • Ammontare e modalità di corresponsione della retta; • Prestazioni e servizi forniti agli ospiti con la chiara indicazione di ciò che è compreso nella retta mensile, ciò che è garantito dal servizio sanitario nazionale e regionale e ciò che è considerato extra; • Durata del periodo di conservazione del posto in caso di assenza prolungata e relativi oneri economici; • Regole della vita comunitaria; • Criteri di organizzazione delle attività ricreative; • Rapporti con la comunità locale ed i servizi territoriali; • Modalità di accesso dei familiari, dei volontari, delle associazioni di volontariato e delle organizzazioni di tutela degli utenti; • Funzionamento dell'organismo di rappresentanza degli ospiti e dei familiari; • Piano di aggiornamento e formazione del personale. 	0*	
25	<p>L'organigramma del personale prevede le professionalità necessarie per lo svolgimento delle seguenti funzioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinamento del servizio; • Assistenza socio-sanitaria; • Assistenza infermieristica; 	0*	

	<ul style="list-style-type: none"> • Riabilitazione; • Assistenza medica; • Servizi generali. <p>(2)</p>		
26	Il Coordinatore è responsabile dell'organizzazione della struttura, con compiti di indirizzo e sostegno tecnico al lavoro degli operatori, di monitoraggio e documentazione delle attività, di raccordo e integrazione con i servizi territoriali.	0	
27	Il Coordinatore è in possesso dei titoli professionali e di servizio richiesti.	1	
28	Le unità di personale di assistenza diretta agli ospiti sono determinate in funzione dei minuti di assistenza pro die pro capite, in relazione alla tipologia di utenza. Per l'assistenza ad anziani non autosufficienti:		
29	Operatore socio-sanitario: 80 minuti al giorno di assistenza effettivamente erogata a ciascun ospite e presenza nelle 24 ore.	2	
30	Infermiere: 20 minuti al giorno di assistenza effettivamente erogata a ciascun ospite.	2	
31	Terapista della riabilitazione: intervento su prescrizione specialistica.	0	
32	Medico di Medicina Generale: intervento secondo modalità di accesso programmate con la struttura ed a richiesta.	0	
33	Le unità di personale di assistenza diretta agli ospiti sono determinate in funzione dei minuti di assistenza pro die pro capite, in relazione alla tipologia di utenza. Per l'assistenza ad anziani con forme di demenza:		
34	Operatore socio-sanitario: 100 minuti al giorno di assistenza effettivamente erogata a ciascun ospite e presenza nelle 24 ore.	2	
35	Infermiere: 20 minuti al giorno di assistenza effettivamente erogata a ciascun ospite.	2	
36	Presenza di terapista della riabilitazione o di attività educativa per 10 minuti al giorno pro capite.	0	

37	Medico di Medicina Generale: intervento secondo modalità di accesso programmate con la struttura ed a richiesta.	0	
38	Il personale socio-sanitario è in possesso dei titoli professionali e di servizio richiesti.	5	
39	Nella residenza protetta sono assicurati i servizi amministrativi, generali, di portineria, alberghieri, ecc. in misura adeguata alla ricettività della struttura.	0	
40	La Residenza formula per ogni utente del servizio un Piano di assistenza individualizzato (PAI) con esplicitazione di obiettivi, strumenti e metodi d'intervento, tempi di realizzazione e modalità di verifica.	0	
41	Il PAI è elaborato d'intesa ed in collaborazione tra l'équipe della residenza e gli operatori dei servizi sociali e sanitari.	0	
42	Nella definizione del PAI sono assicurati l'informazione ed il coinvolgimento dell'utente, dei suoi familiari e/o del tutore.	0	
43	La composizione del nucleo tiene conto della tipologia di utenza e del relativo carico assistenziale, nonché delle misure idonee a garantire la convivenza e la sicurezza degli ospiti.	0	
44	Gli operatori della residenza effettuano riunioni di programmazione e verifica con cadenza settimanale.	0	
45	Il modello operativo è improntato al lavoro d'équipe avente come indirizzo unificante la condivisione progettuale, la globalità dell'intervento e la verifica dei risultati.	0	
46	Il titolare della struttura ha definito intese di collaborazione con le associazioni di volontariato per le attività di supporto, socializzazione e di interazione con le risorse del territorio.	1	
47	L'eventuale utilizzo di volontari, obiettori e giovani in servizio civile è preceduto ed accompagnato da attività informative e formative atte ad un proficuo inserimento nella struttura.	1	
48	L'attività della residenza è adeguatamente documentata con particolare riferimento a:	0	

	<ul style="list-style-type: none"> • Programmazione generale; • Cartella personale degli ospiti; • Piano di Assistenza Individuale; • Verbali degli incontri e delle riunioni di servizio; • Registro di presenza degli ospiti; • Registro/schede di presenza degli operatori; • Attività di formazione e aggiornamento del personale. 		
--	---	--	--

Tabella 6

1) Nelle residenze polifunzionali con utenza mista i requisiti strutturali indicati possono essere in comune – purché adeguati nel numero, nelle dimensioni e nell’articolazione interna – tra più tipologie di servizi (Es. Casa di Riposo e Residenza Protetta).

1.8 Residenza Protetta per anziani: i cambiamenti a seguito della DGRM 937 20/07/2020

A seguito del dilagare della pandemia di Coronavirus, sono risultate necessarie alcune modifiche ai requisiti qui sopra riportati. La Regione Marche ha provveduto con una Deliberazione di Giunta Regionale, la 937 del 20/07/2020 che, pur centrando il focus sulle strutture per Disabilità, Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Minorenni, è andata anche a modificare alcuni dei requisiti generali del Manuale di Autorizzazione Area Extraospedaliera Strutture Sanitarie e Sociosanitarie (L.R. n. 21/2016).

I cambiamenti più significativi riportati nella DGR 938 riguardano principalmente i requisiti minimi strutturali generali e, nello specifico di questo elaborato, della dimensione delle stanze delle strutture residenziali per anziani.

Nelle strutture di nuova realizzazione, dopo l'approvazione delle DGR, le stanze devono essere minimo delle seguenti dimensioni (escludendo i servizi igienici):

- 12mq per posto letto (camera singola);
- 9mq per posto letto (camera multipla, massimo 2 letti).

Nel caso, invece, di strutture preesistenti, residenziali e semiresidenziali, già autorizzate o in corso di realizzazione non si applica questo requisito, ma la previgente normativa e manuali di autorizzazione. Le stanze dovranno quindi essere delle seguenti dimensioni:

- 12mq per le singole;
- 18mq per le doppie;
- 26mq per le triple;
- 32mq per le quadruple.

Infine, per le strutture già autorizzate alla realizzazione prima dell'approvazione della DGR 937 e per le strutture già attive prima dell'approvazione, sono disposti 5 anni per l'adeguamento dalle dimensioni di cui sopra alle seguenti:

- 12mq per posto letto (camera singola);
- 9mq per posto letto (camera multipla, massimo 2 letti).

La DGR 937 del 20/07/2020 continua poi con due modifiche piuttosto importanti per la gestione extraospedaliera della pandemia di Coronavirus. La prima riguarda la fornitura dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI), che ai sensi del D.Lgs 81/2008 è compito del datore di lavoro fornire ai propri operatori o dipendenti. La DGR recita “... *Ciascuna struttura assicura una procedura sull’utilizzo di presidi e dei dispositivi di protezione individuale (kit completo), disponendo una verifica mensile delle scorte, pari almeno a tre mesi di autonomia, basata sull’analisi del fabbisogno organizzativo e sulle modalità di riassortimento continuo degli stessi DPI.*”

Infine, la DGR richiede la presenza di un documento sulla rimodulazione dei posti letto per camera o stanza a seguito di eventi infettivi accertati o sospetti. Tale documento deve prevedere l’eventuale riduzione dei posti letto per camera o stanza in base alla presenza di ospiti con certa o sospetta infezione contagiosa o diffusiva.

2. Dal generale al particolare: un esempio di Residenza Protetta

Entrando nello specifico di questo elaborato, nei prossimi paragrafi andremo ad analizzare, con un' enfasi particolare ai risvolti organizzativi, un esempio di Struttura Polifunzionale sita nella provincia di Macerata. La struttura ospitava, prima della pandemia di COVID-19, 57 anziani non autosufficienti con problematiche diversificate. A seguito del dilagare del virus, i posti sono stati ridotti a 54, di cui 53 in regime ordinario e 1 in regime di sollievo, per dedicare 3 posti letto agli eventuali isolamenti preventivi. La Struttura eroga prestazioni di tipo R3 (R3.1 e R3.2). Prima della pandemia, era anche presente un nucleo Semiresidenziale per anziani ed anziani dementi (SR1 e SR2) che accoglieva nell'arco della mattinata 2 anziani all'interno del Centro Diurno. Questo nucleo è stato poi sospeso in via cautelativa durante la prima ondata di COVID-19, ed è tutt'ora non funzionante. I 54 ospiti accolti nella struttura sono seguiti in due regimi di prestazione: Residenza Protetta (35 ospiti totali) e Residenza Protetta Demenze (19).

La struttura è suddivisa su tre piani, di cui il piano terra è allestito per accogliere, nelle ore diurne, tutti gli ospiti in grado di essere mobilizzati in carrozzina e che ancora conservano abilità relazionali. Ai due piani superiori, invece, vengono gestiti gli ospiti allettati impossibilitati ad essere mobilizzati e i rimanenti in condizioni neurologiche tali da non aver conservato alcun orientamento spazio-temporale o abilità relazionali di una certa efficacia. Nelle 24 ore si alternano tre infermieri, 14 Operatori Socio Sanitari, una fisioterapista e alcuni Operatori Generici (che svolgono servizio di lavanderia e pulizie), per ricoprire un fabbisogno di assistenza estremamente variegato e complesso. Il servizio della cucina è affidato ad una ditta esterna, che lavora ed opera però nei locali della struttura (la cucina è infatti completamente interna).

Nei prossimi paragrafi andremo ad esaminare nel dettaglio il minutaggio assistenziale di tutte le figure sanitarie e socio-sanitarie operanti all'interno della struttura presa in esempio, comparandolo con quello richiesto dai Requisiti Minimi Organizzativi della normativa vigente e traendo qualche conclusione sulla stabilità organizzativa interna della struttura.

Assistenza Infermieristica

Il personale infermieristico presente al momento della compilazione di questo elaborato consta di 4 unità. Il turno è esclusivamente diurno, non essendo prevista la presenza dell'infermiere nei turni notturni, ed è esteso dalle 6.30 alle 21. I turni di assistenza infermieristica sono come di seguito riportati:

TURNO	ORARIO	TOTALE ORE
M1	7.30 – 13.30	5h 30'
M	6.30 – 14.00	7h 30'
P	13.30 – 21.00	7h 30'
		20h 30'

Tabella 7

Da normativa vigente, l'assistenza infermieristica pro capite pro die nelle Residenze Protette è di 20 minuti. Nella nostra struttura di riferimento, quindi, avendo 54 ospiti attualmente presenti si ha una richiesta di assistenza di 1080 minuti/die, ossia 18 ore/die. La Residenza Protetta d'esempio eroga quindi 2 ore e 30 minuti (circa 3 minuti in più ad ospite) di assistenza infermieristica aggiuntiva rispetto alla normativa di riferimento regionale.

Operatori Socio-Sanitari

Gli Operatori Socio-Sanitari presenti al momento della compilazione di questo elaborato sono 22 unità. Le unità sono suddivise nei tre piani che costituiscono la struttura. L'assistenza è articolata nelle 24 ore, come da normativa vigente. Gli ospiti che possono essere movimentati in carrozzina trascorrono le ore diurne (8-19.30) al piano terra della struttura, seguendo varie attività ricreative e riabilitative. Gli operatori che lavorano in questo piano della struttura articolano il proprio turno nelle ore diurne, coprendo le ore che vanno dalle 7 alle 20. Gli OSS che invece coprono i turni dei piani lavorano nelle 24 ore. La turnistica è comunque riassunta nella tabella riportata nella prossima pagina.

Da normativa vigente, l'assistenza degli Operatori Socio Sanitari pro capite pro die all'interno di una Residenza Protetta è di 100 minuti se presenti posti letto per anziani dementi. Nella nostra struttura di riferimento, quindi, avendo 54 ospiti attualmente presenti si ha una richiesta di assistenza di 5400 minuti/die, ossia 90 ore/die.

TURNO	N. OPERATORI IN TURNO	ORARIO	TOTALE ORE
M	3	6 – 14.15	8h 15' x 3 = 24h 45'
P	3	13.45 – 22	8h 15' x 3 = 24h 45'
N	2	22 – 7.30	9h 30' x 2 = 19h
m	1	6.30 – 11.30	5h
p	1	16.30 – 19.30	3h
MD	2	7 – 14	7h x 2 = 14h
PD	2	14 – 20	6h x 2 = 12h
			102h 30'

Tabella 8

La Residenza Protetta d'esempio eroga quindi 12 ore e 30 minuti di assistenza socio-sanitaria aggiuntiva (circa 14 minuti in più per ospite) rispetto alla normativa regionale di riferimento.

Fisioterapia

L'attività di fisioterapia viene eseguita al mattino da una dipendente dell'ente che gestisce la struttura. Sono previsti 10 minuti pro capite pro die per tutti gli ospiti inseriti in Residenza Protetta Demenze. Allo stato attuale risultano 19 ospiti seguiti in RPD, per un totale quindi di 190 minuti (3h 10') di assistenza riabilitativa giornaliera.

Altre ed eventuali attività educative e occupazionali sono invece svolte dagli Operatori Socio-Sanitari che effettuano il turno MD/PD.

Conclusioni

Nonostante il carico di lavoro e la complessità assistenziale degli ospiti presenti all'interno della Residenza Protetta sia alquanto notevole, è possibile affermare che sia gli infermieri sia gli operatori socio-sanitari sono in possesso, se si guarda la normativa vigente, di un tempo assistenziale adeguato allo svolgimento delle attività di base. Rimangono purtroppo escluse quasi tutte le attività "secondarie", al di fuori della fisioterapia che difficilmente è definibile secondaria, come quelle educative ed occupazionali.

2.1 Il COVID-19 nelle strutture residenziali per anziani: cenni di normativa

Ad aver ampiamente modificato la vita degli ospiti e del personale delle residenze per anziani in Italia è intervenuta la pandemia da Coronavirus. Le prime misure urgenti a livello nazionale per il contenimento del COVID-19 sono arrivate con un Decreto Legge, il n.6, il 23 febbraio 2020. Dovremo però aspettare il successivo DPCM dell'8/3/2020 per avere alcune linee di indirizzo normativo per quel che riguarda le strutture residenziali per anziani. Il DPCM è stato poi modificato e aggiornato con tre diverse circolari e, in ultimo, il Decreto Ministeriale datato 30/4/2020.

Una normativa arrivata forse troppo in ritardo, considerando che i focolai di più difficile gestione sono proprio nati all'interno di Case di Riposo o Residenze Protette per Anziani, in cui contenere la diffusione del virus è molto difficile. Il **DPCM dell'8/3/2020**, in ogni caso, andava a regolamentare l'accesso, da parte di parenti e visitatori, all'interno delle strutture con l'articolo 2, che recita:

“... l'accesso di parenti e visitatori a strutture di ospitalità e lungo degenza, residenze sanitarie assistite (RSA), hospice, strutture riabilitative e strutture residenziali per anziani, autosufficienti e non, è limitata ai soli casi indicati dalla direzione sanitaria della struttura, che è tenuta ad adottare le misure necessarie a prevenire possibili trasmissioni di infezione.”

Veniva così demandata la regolamentazione di visite e degli accessi di fornitori od esterni alla direzione sanitaria della struttura, non fornendo particolari linee guida in merito. Inoltre, è bene anche precisare che solo le RSA (prestazioni principalmente R2) hanno una vera e propria direzione sanitaria, mentre tutte le altre strutture per anziani (quindi la maggioranza dei posti letto disponibili nel territorio) ne sono sprovviste, perché la normativa non la prevede.

A seguire, il Ministero della Salute ha divulgato una **circolare il 25/3/2020**, che fornisce nuove linee di indirizzo organizzativo per tutti i servizi in corso di emergenza, dando particolare spazio anche alle Residenze per Anziani. La circolare articola il tutto in cinque punti fondamentali:

1. L'attivazione di una sorveglianza più stretta e di un più attento monitoraggio delle Residenze per Anziani, con il rafforzamento dei setting assistenziali;
2. L'identificazione delle strutture dove poter trasferire i pazienti positivi al COVID-19;
3. La formazione del personale delle Residenze per Anziani, con percorsi formativi e di prevenzione specifica;
4. Il potenziamento del personale in servizio, anche tramite meccanismi di reclutamento straordinario;
5. L'organizzazione di sedute di tamponi periodici e la fornitura costante di dispositivi di protezione individuale (DPI).

La successiva circolare del MdS è datata **3/4/2020** e va a determinare e regolamentare in quali casi fosse necessario effettuare test diagnostici. In quel periodo effettuare tamponi molecolari era una pratica costosa e complessa, per questo era necessario effettuarla quando indispensabile. Per quel che riguarda le strutture per anziani, la circolare indicava gli ospiti ricoverati nelle residenze sanitarie assistenziali e nelle lungodegenze sintomatici per infezione respiratoria acuta i soggetti principali da sottoporre a test diagnostico. Seguivano di pari passo tutti i dipendenti, anche asintomatici, delle RSA e altre strutture residenziali per anziani.

Una grande enfasi posta sulla necessità di eseguire con prontezza e regolarità test diagnostici a scopo preventivo, ma nella realtà dei fatti le cose sono andate molto diversamente. Complice la carenza di tamponi, specialmente nel primo periodo, ci si è andati a focalizzare principalmente sulle strutture per acuti, lasciando in disparte i luoghi in realtà più pericolosi per il propagarsi del COVID-19. Dopo la circolare le cose sono andate lentamente migliorando, ma con grandi ritardi nelle risposte dalle regioni.

La circolare del **18/04/2020** è intitolata in modo piuttosto esplicativo "*Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-COV-2 in strutture residenziali sociosanitarie*". Il lungo documento in cui vengono indicate misure generali e specifiche per la prevenzione e il controllo delle infezioni, includendo di nuovo l'adeguata formazione degli operatori. In ambito preventivo, viene per la prima volta introdotta la figura del referente sanitario COVID-19 adeguatamente formato ed addestrato e che sappia agire in sinergia con la funzione di risk management. Oltre al

ruolo di prevenzione e controllo, il referente svolge una funzione di supporto ed esempio, oltre che di supervisione e monitoraggio per quel che riguarda le pratiche sanitarie di base (igiene delle mani, utilizzo corretto dei DPI) e di quelle specifiche per gli isolamenti.

In questa circolare venivano anche dettate le misure di gestione di eventuali casi di COVID-19 all'interno della struttura. Il principio alla base era ovviamente lo stretto controllo degli accessi in struttura, vietati a familiari e conoscenti in primis, ma ovviamente anche a tutti i soggetti sintomatici o che abbiano avuto contatti a rischio negli ultimi 14 giorni. Deve quindi essere messo in atto un attento protocollo di identificazione di tali casi, con l'identificazione, da parte di figure sanitarie (più spesso, gli infermieri), di eventuale sintomatologia, la rilevazione della temperatura corporea e la compilazione di un questionario od intervista.

Necessaria anche la creazione di stanze di isolamento ad hoc per ogni situazione che le richieda. In generale, queste stanze devono essere singole e dotate di bagno dedicato e, se possibile, un'anticamera. Devono poi essere suddivise in base al rischio diffusivo dell'infezione, suddividendo ad esempio i nuovi ingressi (che devono essere quanto più limitati ai casi urgenti) asintomatici provenienti dal domicilio e con tampone d'ingresso negativo, dai sintomatici accertati positivi. Vanno evitati il più possibile, in base alla struttura di riferimento, i percorsi comuni sia di personale sia di materiali. Anche in questo caso, la circolare ipotizza la presenza di un medico strutturato, che nella gran parte dei casi non è previsto nelle residenze per anziani.

La circolare continua con la gestione del caso accertato di COVID-19 all'interno di una struttura residenziale per anziani, dopo l'ovvia segnalazione al servizio d'igiene. Laddove dovesse essere confermata la presenza del caso accertato, deve essere garantita la presenza di infermieri h24 e il supporto medico. Dove ciò non fosse possibile, bisogna improntare un isolamento in stanza singola e il trasferimento del paziente ad altra struttura. Nelle stanze di isolamento di un sospetto o confermato caso di COVID-19 è ovviamente obbligatorio l'utilizzo di tutti i Dispositivi di Protezione Individuale previsti per legge, il frequente igiene delle mani e la pulizia quotidiana della stanza del residente. La normativa continua con tutti i dettagli per l'erogazione dell'assistenza, quanto più concentrata in specifici momenti, e per la gestione di trasferimenti, effetti personali e molto altro.

A concludere questa disanima normativa c'è il **Decreto del Ministero della Salute del 30/04/2020** sul monitoraggio del rischio sanitario. Con questo decreto è stata prevista l'implementazione di un sistema di accertamento diagnostico, monitoraggio e sorveglianza della circolazione del virus, dei casi confermati e dei loro contatti. Tutto ciò per tentare di intercettare eventuali focolai, per limitarne l'espansione e l'impatto sulle strutture per acuti. Per questo motivo sono stati individuati degli indicatori con valori di soglia e di allerta, che vanno monitorati costantemente per un'eventuale rivalutazione delle misure adottate. Questi indicatori sono 21, di cui 5 opzionali e, di questi opzionali, 3 riguardano le strutture residenziali per anziani e sono i seguenti:

1. Numero di checklist somministrate settimanalmente a strutture residenziali sociosanitarie;
2. Numero di strutture residenziali sociosanitarie rispondenti alla checklist settimanalmente con almeno una criticità riscontrata;
3. Numero di nuovi focolai di trasmissione (2 o più casi epidemiologicamente collegati tra loro o un aumento inatteso di casi in un tempo e luogo definito).

In aggiunta, per concludere il quadro con le recenti novità, prendiamo in considerazione gli ultimi due atti normativi emanati dal Ministero della Salute, un'ordinanza datata lo 08/05/2021 e una circolare del 18/06/2021, questa emanata a chiarimento delle criticità che si sono riscontrate nell'applicazione dell'ordinanza precedente.

L'ordinanza dello 08/05/2021 è andata a regolamentare le “Modalità di accesso/uscita di ospiti e visitatori presso le strutture residenziali della rete territoriale”, aprendo quindi uno spiraglio al futuro e al ritorno ad una parziale normalità. L'accesso alla struttura da parte dei visitatori esterni deve essere consentito solo in caso si possano mantenere e rispettare le misure di prevenzione e contrasto della diffusione del contagio. Inoltre, è consentito entrare solo a visitatori, familiari o volontari in possesso di Certificazione Verde COVID-19, così come normata dall'articolo 9 del D.L. n.52 del 22/04/2021. Nell'ordinanza vengono elencati anche tutti i dettagli da rispettare per l'accesso e la successiva visita effettiva, a partire dal numero di persone massimo consentite per arrivare alla necessità di accettazione e firma di un “Patto di Condivisione del Rischio”, un cui fac-simile è stato poi divulgato tramite la circolare del 18/06/2021.

L'ordinanza è andata anche ad aggiornare le disposizioni relative ai nuovi ingressi (ricoveri) in struttura. Un aggiornamento pensato sulla base della sempre maggiore copertura vaccinale e determinante le seguenti situazioni vaccinali nel nuovo ospite:

- **Nuovo ospite con protezione vaccinale completa:** da intendersi come ciclo vaccinale completato con l'ultima dose del ciclo effettuata da almeno 14 giorni, ovvero con l'unica dose somministrata da almeno 14 giorni in caso di ospite con pregressa infezione da SARS-CoV-2. In questo caso l'ospite non dovrà essere posto in "quarantena" all'ingresso nella struttura e non dovrà effettuare test iniziali, ma verrà inserito esclusivamente nello screening periodico come gli altri ospiti.
- **Nuovo ospite con protezione vaccinale parziale:** da intendersi come ciclo vaccinale iniziato con prima dose effettuata da più di 14 giorni. In questo caso l'ospite non dovrà essere posto "in quarantena" all'ingresso, ma dovrà effettuare un test iniziale, oltre ad essere inserito nel programma di screening periodico insieme agli altri ospiti, e dovrà essere successivamente programmata la seconda dose del vaccino, se applicabile.
- **Nuovo ospite non vaccinato ma guarito da pregressa infezione da non più di 6 mesi:** al termine dei 90 giorni dall'infezione è prevista comunque la programmazione di una singola dose vaccinale. Così come nel primo caso, l'ospite non dovrà essere posto in "quarantena" all'ingresso e non dovrà effettuare alcun test iniziale.
- **Nuovo ospite non vaccinato:** da intendersi come ciclo vaccinale non iniziato o iniziato, ma con la prima dose effettuata da meno di 14 giorni. In questo caso l'ospite andrà posto in "quarantena" per un periodo di 10 giorni, con un test iniziale all'ingresso (tempo 0) e uno successivo a 10 giorni e la programmazione tempestiva per la prima dose di vaccino.

La circolare successiva del 18/06/2021 è andata a definire meglio qualche dettaglio della precedente ordinanza, divulgando anche un fac-simile di "Patto di Condivisione del Rischio" che era rimasto, a livello pratico, un documento creabile a discrezione delle varie strutture.

2.2 Il COVID-19 nelle strutture residenziali per anziani: i cambiamenti organizzativi

Il quadro di normativa piuttosto prolisso e confusionario che si è andato via via delineando è comunque riuscito a dettare delle linee guida da seguire all'interno delle varie strutture extra-ospedaliere, che, come è ben noto, sono state le principali fonti di focolai e vittime specialmente nella prima ondata della pandemia di Covid-19.

Le problematiche principali, riscontrate anche nella letteratura internazionale [The Italian national survey on Coronavirus disease 2019 epidemic spread in nursing homes | Older People Living in Long-Term Care Facilities and Mortality Rates During the COVID-19 Pandemic in Italy: Preliminary Epidemiological Data and Lessons to Learn) , nella gestione dell'emergenza Coronavirus all'interno delle strutture residenziali italiane, erano essenzialmente tre:

- La carenza di personale;
- La difficoltà nel trasferire gli ospiti residenti infetti in ospedale, in altra struttura o di porli in un isolamento efficace;
- La mancanza di farmaci adatti;
- L'impossibilità, almeno nella prima fase di pandemia, di effettuare screening e test periodici con tamponi antigenici.

Al momento della stesura di questo elaborato, la struttura che abbiamo preso in esame non ha avuto casi sospetti o confermati di COVID-19. Sin dall'inizio della pandemia, oltre alla chiusura di qualsiasi visitatore esterno (fornitori, volontari, familiari), sono stati diminuiti i posti letto totali, passando come si è detto da 57 a 54, sospeso il posto letto con funzione di "Sollievo" e individuate tre stanze diverse appositamente modificate per la creazione di "bolle di isolamento".

Queste stanze sono servite, nel corso dei mesi, ad isolare principalmente gli ospiti che, per motivi urgenti o visite programmate inderogabili, hanno lasciato la struttura per recarsi in reparti ospedalieri o pronto soccorso. Ad intrecciarsi con la già complessa organizzazione dell'assistenza sono arrivati anche i citati "isolamenti", che richiedevano tempistiche appropriate e una gestione delle risorse completamente diversa.

Per quel che riguarda questo elaborato, il punto cardine su cui focalizzarsi è l'aumento delle tempistiche assistenziali per quel che riguarda gli ospiti posti in isolamento. Ciò è stato determinato principalmente dalle procedure di vestizione e svestizione necessarie all'ingresso e all'uscita di ogni bolla, necessaria per ciascun operatore o infermiere che dovesse compiere atti assistenziali di qualsiasi genere sull'ospite. Normalmente, per praticità, si è cercato di concentrare l'assistenza in momenti ben precisi, al fine di razionalizzare l'utilizzo dei Dispositivi di Protezione Individuale e, soprattutto, evitare ulteriori dispendi di tempo.

Di contro, era comunque necessario mantenere un numero di accessi ottimale per il controllo della situazione generale dell'ospite (anziano, non autosufficiente, a volte agitato), e si è quindi deciso di garantire tre accessi per turno di due operatori ad accesso. Tenendo in considerazione che, generalizzando, per una corretta procedura di vestizione/svestizione un operatore formato impiega all'incirca 10 minuti, su tre turni nell'arco della giornata possiamo contare 90 minuti di assistenza aggiuntiva ad ospite che non è stata coperta con un aumento del personale, già carente.

3. Materiali e Metodi: il sistema RUG III

Il Resource Utilization Groups (RUG) è uno strumento per la classificazione degli ospiti residenti nelle residenze assistenziali territoriali (lungodegenze, RSA o strutture riabilitative). Nato negli anni '80 negli Stati Uniti, il sistema RUG ha attraversato diverse evoluzioni (RUG II, RUG T-18, RUG III) giungendo proprio a quest'ultima formulazione che individua 7 classi di assistenza, declinabili in 44 gruppi di isorisorse. Attualmente viene stabilmente utilizzato negli Stati Uniti ed in Canada, come strumento di rilevazione del case-mix assistenziale e di renumerazione effettiva delle Nursing Homes. Il RUG è stato successivamente validato anche in Italia, dove viene attualmente utilizzato in diverse regioni per la valutazione degli ospiti delle strutture residenziali territoriali, fra cui le Marche.

La scheda RUG di ciascun ospite è costruita sulla base delle informazioni scaturite da un set di 109 domande (*items*) del Minimum Data Set. Questa scheda viene compilata dal personale infermieristico addestrato in quattro momenti principali:

- All'**ammissione** dell'ospite nella struttura;
- **Periodicamente** ogni 90 giorni;
- Con una **rivalutazione** a seguito di una significativa modifica del profilo assistenziale;
- Alla **dimissione** (exitus, domicilio, altra struttura).

La scheda è suddivisa in sezioni, ciascuna indicante un'area specifica di valutazione e costituita da un numero variabile di Items. La tabella riportata nella pagina successiva li riassume in toto.

Gli item, invece, come già detto sono 109, in numero variabile in ogni sezione. Gli Item di ciascuna sezione vengono racchiusi in macrogruppi a cui viene dato un titolo specifico che si riferisce alla problematica indagata. A ciascun macrogruppo corrisponde poi un numero variabile di Item, indicati da una lettera specifica, e che si vanno a valutare attraverso una codifica.

Sezione	Descrizione	Items
Sezione B	Stato Cognitivo	3
Sezione C	Comunicazione	1
Sezione E	Umore e Comportamento	26
Sezione G	Autonomia	7
Sezione H	Continenza	2
Sezione I	Diagnosi di malattia	8
Sezione J	Condizioni cliniche	7
Sezione K	Stato nutrizionale	5
Sezione M	Condizioni della cute	20
Sezione N	Attività	1
Sezione O	Farmaci	1
Sezione P	Trattamenti e terapie speciali	25
Sezione T	Sezione supplementare	3
Totale		109

Tabella 9

Qui di seguito elenchiamo la distribuzione dei macrogruppi di Item, così come elencati dal manuale per la compilazione RUG della Regione Lazio.

- **Sezione B: Stato Cognitivo**
 - Item B1: Stato di Coma;
 - Item B2a: Memoria;
 - Item B4: Prendere decisioni;
- **Sezione C: Comunicazione**
 - Item C4: Capacità di comunicare e farsi comprendere;
- **Sezione E: Umore e Comportamento**
 - Items E1 [a-p]: Indicatori di Depressione, Ansietà, Umore triste;
 - Items E4 [a-e]: Disturbi del Comportamento;
- **Sezione G: Autonomia ed Aiuto nelle ADL**
 - G (A): Autonomia nelle Attività di Vita quotidiana (ADL);
 - G (B): Supporto fornito nelle ADL;

- **Sezione H: Continenza**
 - Item H 3: Ausili e programmi;
- **Sezione I: Diagnosi di Malattie (Malattie “attive”)**
 - Item I1 [a,r,s,v,w,z]: Malattie (Diabete Mellito, Afasia, Cerebropatia e/o Epilessia, Emiplegia/Emiparesi, Sclerosi Multipla, Tetraplegia);
 - Item I2 [e,g]: Infezioni (Polmonite, Sepsi);
- **Sezione J: Condizioni di Salute**
 - Item J1 [c,e,h,i,j,o]: Problemi e sintomi che influenzano lo stato di salute (Segni di disidratazione, Episodi Psicotici, Febbre, Allucinazioni, Emorragia Interna, Vomito);
 - Item J5 [c]: Stabilità delle condizioni di salute (Malattia allo stadio terminale);
- **Sezione K: Stato Nutrizionale**
 - Item K3: Variazione di Peso;
 - Item K5: Trattamenti Nutrizionali (Parenterale e.v., Sondino Nasogastrico);
 - Item K6 [a,b]: Alimentazione Parenterale o Enterale (Apporto Calorico, Apporto di Fluidi);
- **Sezione M: Condizioni della Cute**
 - Item M1: Ulcera (dovuta a qualsiasi causa);
 - Item M2: Tipi di Ulcera (Ulcere da Decubito);
 - Item M4 [b,c,g]: Altri Problemi alla Cute o Presenza di Lesioni (Ustioni secondo o terzo grado, Lesioni aperte da ulcere, rashes, tagli, Ferite Chirurgiche);
 - Item M5 [a,b,c,d,e,f,g]: Trattamenti della pelle (Sedia con dispositivo antidecubito, Letto con dispositivo antidecubito, Programma di rotazione/posizionamento, Terapie nutrizionali o idratanti, Cura dell’ulcera, Cura delle ferite chirurgiche, Medicazioni con o senza farmaci);
 - Item M6: Problemi e cura dei piedi (Infezioni, Lesioni aperte, Medicazioni con o senza medicazioni topiche);

- **Sezione N: Attività**
 - Item N1 [a,b,c]: Tempo in cui il paziente è sveglio (Mattino, Pomeriggio, Sera);
- **Sezione O: Farmaci**
 - Item O3: Iniezioni;
- **Sezione P: Trattamenti e procedure speciali**
 - Item P1: Trattamenti speciali, Procedure e Programmi
 - Item P1A [a,b,c,g,h,i,j,k,l]: Trattamenti Speciali (Chemioterapia, Dialisi, Infusione e.v., Ossigenoterapia, Radioterapia, Aspirazione, Cura della tracheostomia, Trasfusioni, Respiratore/Ventilazione assistita);
 - Item P1B [a,b,c,d]: Terapie Riabilitative Specialistiche (Logopedia, Terapia occupazionale, Terapia Neuromotoria, Terapia Respiratoria);
 - Item P3[a,b,c,d,e,f,g,h,i,j]: Assistenza Reintegrativa (Movimenti passivi, Movimenti attivi, Assistenza di stecca o sostegno, Mobilità a letto/posizionamenti, Trasferimento, Camminare, Vestirsi o accudirsi, Mangiare o inghiottire, Cura delle amputazioni/protesi, Comunicazione);
 - Item P7: Visite Mediche;
 - Item P8: Prescrizioni Mediche;
- **Sezione T: Trattamenti Speciali e Procedure.**

Ad ogni Item presente nella scheda viene accostato poi un valore dato dalla codifica specifica descritta per ciascuna problematica analizzata. Normalmente questa codifica detta valori da 0 a 3, dove 0 indica l'assenza della caratteristica e 3 indica, invece, la presenza quotidiana o frequente della caratteristica. Esistono poi Item a cui si viene obbligati a una risposta di tipo "Sì/No", e in questo caso la Codifica detterà solo due numeri (0 e 1). Per alcune sezioni, in particolar modo nella sezione G, esiste un valore unico indicato dal numero 8 che indica che l'attività presa in esame (mobilizzazione letto-carrozzina, aiuto per recarsi in bagno...) non è stata mai eseguita negli ultimi 7 giorni.

Ciascun Item indica anche il tempo di valutazione per ogni caratteristica, che può variare dai 7 ai 15 giorni. Verrà quindi, nello specifico, chiesto ad esempio quante volte il Medico ha visitato l'ospite o ne ha modificato la terapia negli ultimi 15 giorni, o quante iniezioni sono state effettuate negli ultimi 7 giorni. Questo parametro è molto importante da tenere in considerazione, specialmente nel caso in cui si stia parlando di una valutazione all'ammissione dell'ospite in struttura.

Messe da parte le singole sezioni e gli Item, che sono comunque stati trattati in linea generale e senza scendere nello specifico, si può passare ora ad analizzare i gruppi RUG che le contengono. Nel caso del RUG, il sistema tiene solo marginalmente in conto le diagnosi delle malattie in corso⁹, ma genera più che altro un sistema a cascata che tiene in considerazione i problemi di salute che maggiormente richiedono impegno assistenziale da parte degli operatori sanitari. Come già detto, il RUG III individua 44 gruppi di isorisorse¹⁰, suddivisi in 7 raggruppamenti principali¹¹:

1. **Riabilitazione:** include terapia fisica, occupazionale e logoterapia. La riabilitazione infermieristica include: trattamento dell'arto amputato, mobilizzazione attiva e passiva, utilizzo di ausili, programma di locomozione e mobilità, vestirsi/lavarsi, mangiare/deglutire, trasferimenti. Nello specifico:
 - a. Programma riabilitativo multidisciplinare di intensità molto alta: 450 o più minuti di terapia riabilitativa a settimana per almeno 5 giorni a settimana e almeno due dei tre tipi di programma riabilitativo fornito;
 - b. Programma riabilitativo di intensità elevata: 300 o più minuti di terapia riabilitativa a settimana per almeno 5 giorni a settimana;
 - c. Programma riabilitativo di intensità media: 150 o più minuti di terapia riabilitativa a settimana per almeno 5 giorni a settimana;
 - d. Programma riabilitativo di intensità lieve: 45 o più minuti di terapia riabilitativa a settimana per almeno 3 giorni a settimana e almeno due tipi di programma riabilitativo infermieristico fornito per 5 giorni a settimana.
2. **Cure intensive:** punteggio delle ADL ≥ 7 , nutrizione parenterale, aspirazione, tracheostomia, assistenza respiratoria.
3. **Cure specialistiche:** punteggio delle ADL ≥ 7 , presenza di almeno uno di questi problemi: ustioni, coma, febbre con vomito, perdita di peso, polmonite o

disidratazione, sclerosi multipla, ulcere da pressione in stadio 3 o 4, quadriplegia, setticemia, prescrizione di farmaci e.v., radioterapia, nutrizione enterale.

4. **Polipatologia:** presenza di almeno uno dei seguenti problemi: afasia, aspirazione, paralisi cerebrale, disidratazione, emiplegia, enterorragia (emorragia interna), polmonite, ulcere da stasi, malattia in fase terminale, infezione delle vie urinarie, trattamento chemioterapico, emodialisi, 4 o più visite mensili, ossigenoterapia, trasfusioni, medicazione di ferite oltre che di ulcere da decubito inclusa la cura del piede.
5. **Deficit cognitivi:** punteggio delle ADL pari a 4-10, presenza di disturbi cognitivi in tutte e tre le seguenti funzioni: prendere decisioni, orientamento, memoria a breve termine.
6. **Deficit comportamentali:** punteggio delle ADL pari a 4-10, ospiti che quotidianamente presentano: comportamento inadeguato, abuso fisico, abuso verbale, delirio, allucinazioni.
7. **Riduzione funzione fisica:** ospiti che non soddisfano i criteri precedenti.

Una volta compilata la scheda RUG, come già affermato in precedenza, ogni persona viene associata a un singolo gruppo appartenente alle sette classi sopra citate. Se un ospite non ha i criteri adatti per appartenere a un gruppo, scende direttamente al successivo e così via. Ad ogni gruppo RUG è infine associato un “Punteggio RUG giornaliero”, che elencheremo in una tabella poco più sotto.

SCHEMA DI DISTRIBUZIONE DEI GRUPPI RUG

Main Groups	Code	Description	ADL	RUGNr.
Rehabilitation	RUC	Rehabilitation Ultra High	ADL 16-18	1
	RUB	Rehabilitation Ultra High	ADL 9-15	2
	RUA	Rehabilitation Ultra High	ADL 4-8	3
	RVC	Rehabilitation Very High	ADL 16-18	4
	RVB	Rehabilitation Very High	ADL 9-15	5
	RVA	Rehabilitation Very High	ADL 4-8	6
	RHC	Rehabilitation High	ADL 16-18	7
	RHB	Rehabilitation High	ADL 9-15	8
	RHA	Rehabilitation High	ADL 4-8	9
	RMC	Rehabilitation Medium	ADL 16-18	10
	RMB	Rehabilitation Medium	ADL 9-15	11
	RMA	Rehabilitation Medium	ADL 4-8	12
	RLB	Rehabilitation Low	ADL 9-15	13
	RLA	Rehabilitation Low	ADL 4-8	14
Extensive Special Care 3	SE3	Extensive Special Care 3	ADL > 6	15
	SE2	Extensive Special Care 2	ADL > 6	16
	SE1	Extensive Special Care 1	ADL > 6	17
Special Care	SSC	Special Care	ADL 17-18	18
	SSB	Special Care	ADL 15-16	19
	SSA	Special Care	ADL 4-14	20
Clinically Complex	CC2	Clinically Complex with depression	ADL 17-18	21
	CC1	Clinically Complex	ADL 17-18	22
	CB2	Clinically Complex with depression	ADL 12-16	23
	CB1	Clinically Complex	ADL 12-16	24
	CA2	Clinically Complex with depression	ADL 4-11	25
	CA1	Clinically Complex	ADL 4-11	26
Cognitive impairment	IB2	Cognitive impairment + Nursing Rehabil.	ADL 6-10	27
	IB1	Cognitive impairment	ADL 6-10	28
	IA2	Cognitive impairment + Nursing Rehabil.	ADL 4-5	29
	IA1	Cognitive impairment	ADL 4-5	30
Behaviour Problem	BB2	Behaviour Problem + Nursing Rehabil.	ADL 6-10	31
	BB1	Behaviour Problem	ADL 6-10	32
	BA2	Behaviour Problem + Nursing Rehabil.	ADL 4-5	33
	BA1	Behaviour Problem	ADL 4-5	34
Physical Function Reduced	PE2	Physical Function Red. + Nursing Rehabil.	ADL 16-18	35
	PE1	Physical Function Reduced	ADL 16-18	36
	PD2	Physical Function Red. + Nursing Rehabil.	ADL 10-15	37
	PD1	Physical Function Reduced	ADL 10-15	38
	PC2	Physical Function Red. + Nursing Rehabil.	ADL 9-10	39
	PC1	Physical Function Reduced	ADL 9-10	40
	PB2	Physical Function Red. + Nursing Rehabil.	ADL 6-8	41
	PB1	Physical Function Reduced	ADL 6-8	42
	PA2	Physical Function Red. + Nursing Rehabil.	ADL 4-5	43
	PA1	Physical Function Reduced	ADL 4-5	44
	BC1	M3PI group not calculated due to data errors		X

Immagine 3

4. Discussione dei Risultati

Dei 54 ospiti presenti nella struttura di riferimento sono state compilate, tramite il sistema SIRTE messo a punto dalla Regione Marche nel 2020, tutte le schede di valutazione multidimensionali degli ospiti eleggibili. È stato quindi escluso l'ospite in regime di Sollievo, quindi il campione analizzato in questo elaborato è di 53 ospiti. L'età dei residenti è variabile dai 65 ai 98 anni (età media 81.5 [16.5]) e sono tutti anziani affetti da un grado variabile di non autosufficienza. Dei 53 ospiti, 19 sono inseriti in prestazione R3.1 (Residenza Protetta Demenze, RPD) e 34 in prestazione R3.2 (Residenza Protetta, RP). Nel grafico seguente è riportata la stratificazione generale degli ospiti presenti in struttura, associati a uno specifico gruppo RUG.

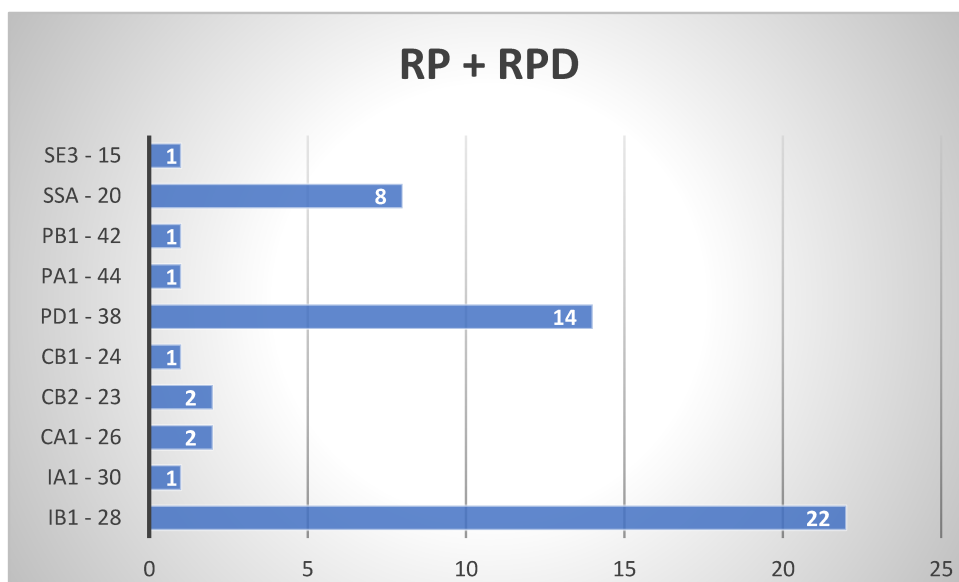


Grafico 1

Secondo questi dati, dunque, il 41% degli ospiti della struttura ricade sotto il gruppo IB1-28, Cognitive Impairment con un deficit nelle ADL di 6-10. Il 26%, invece, è nel gruppo PD1-38, Physical Function Reduced, il penultimo in ordine di gravità e che indica anziani con compromissione delle funzioni fisiche di base e, nel caso specifico, con un deficit nelle ADL di 10-15. Il terzo gruppo di ospiti più numeroso è quello appartenente al RUG SSA-20, Special Care, con 8 ospiti che ne fanno parte, il 15% del totale. Gli altri ospiti sono tutti divisi, in percentuali variabili dal 2 al 4% nelle altre categorie. Interessante notare che il gruppo SE3-15, Extensive Special Care (ADL > 6), quello che denota la

complessità assistenziale secondo il RUG più alta in struttura, è composto da un solo ospite.

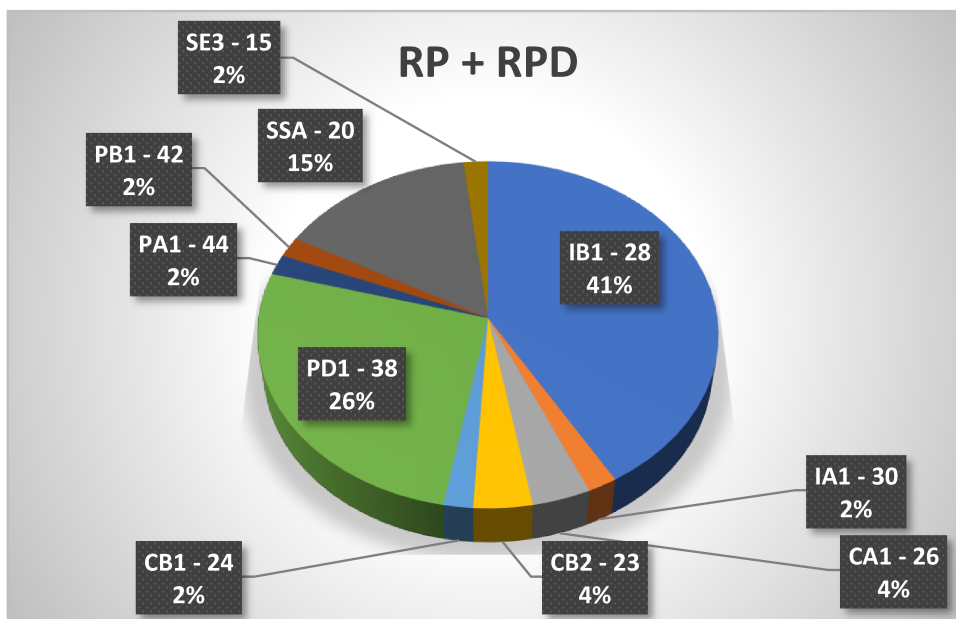


Grafico 2

Se invece andiamo ad analizzare le singole prestazioni erogate, quindi dividendo gli ospiti fra chi è inserito in prestazione R3.2 (Residenza Protetta) e chi invece è in R3.1 (Residenza Protetta Demenze) i grafici variano sensibilmente, come è lecito aspettarsi. Qui di seguito si riporta il grafico relativo agli ospiti in RP.

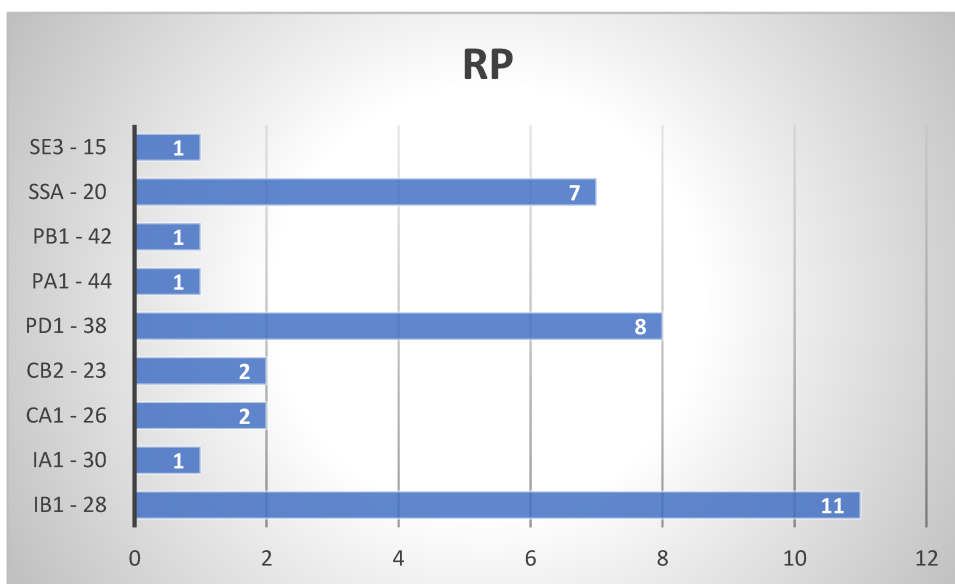


Grafico 3

La quasi totalità degli ospiti residenti in struttura inquadrati nel gruppo RUG SSA-20 e l'ospite inquadrato in SE3-15 sono inseriti in "Residenza Protetta", indicando che, in questo momento storico, il maggior carico assistenziale è dovuto proprio ad ospiti richiedenti prestazioni R3.2. Circa la metà di coloro che hanno un impedimento cognitivo, e che quindi ricadono sotto il gruppo RUG IB1-28 fanno parte della prestazione da Residenza Protetta e lo stesso vale per il gruppo PD1-38, che conta in RP 8 ospiti su 14 totali della struttura. Gli altri ospiti sono distribuiti uniformemente fra gli altri gruppi presenti, in percentuali sempre variabili dal 2 al 4%.

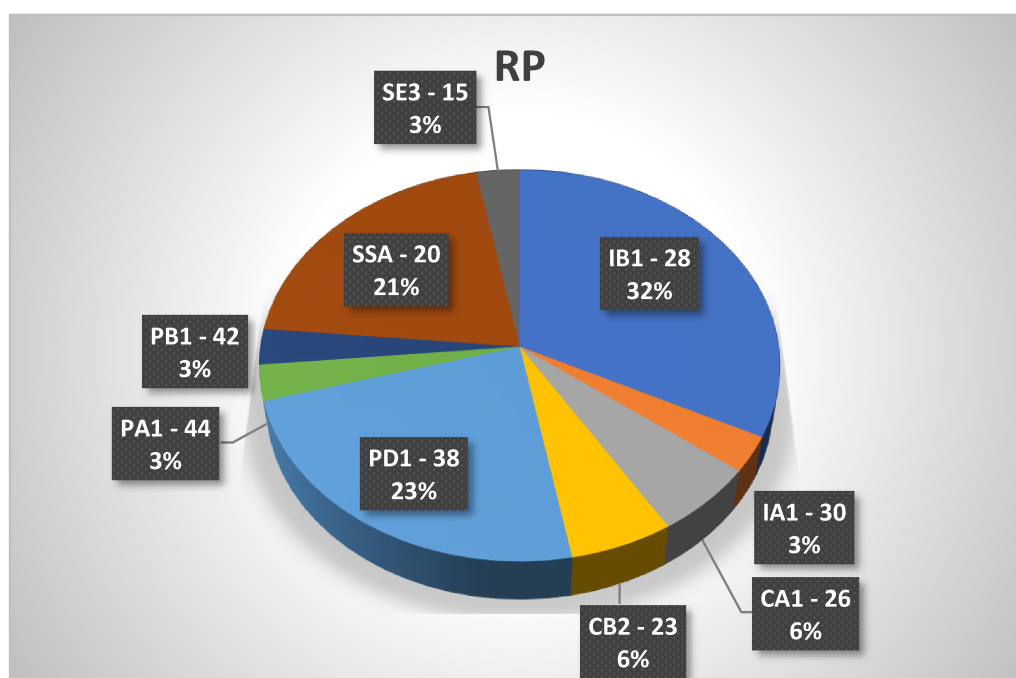


Grafico 4

In ultimo si va ad analizzare nello specifico gli ospiti inseriti sotto le prestazioni R3.1, Residenza Protetta Demenze. Il grafico a colonna che segue dà un'idea dell'andamento generale dei 19 ospiti presenti in struttura a cui viene erogata tale prestazione.

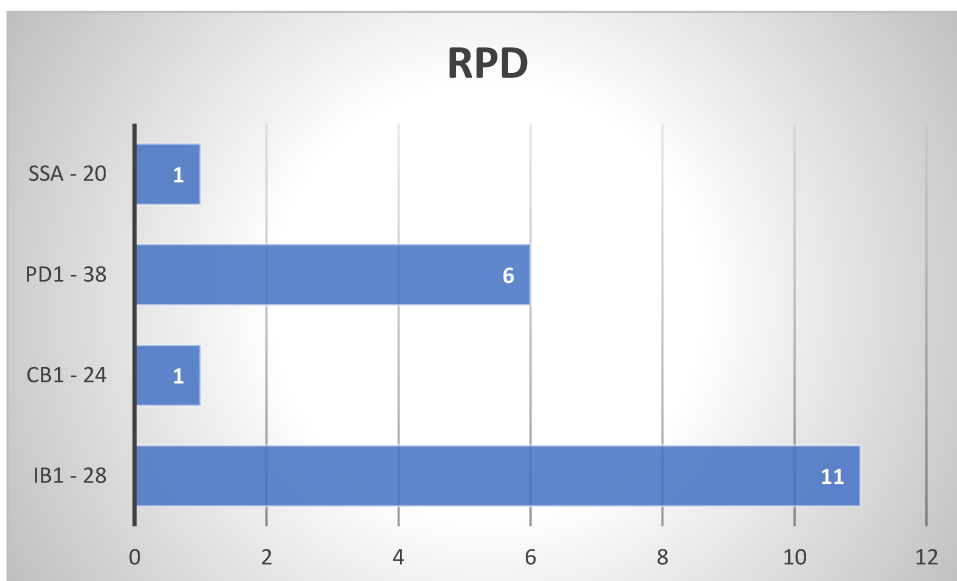


Grafico 5

Come si evince dal grafico 5, il massimo grado di complessità assistenziale degli ospiti presenti in RPD secondo il sistema RUG si ha nel gruppo SSA-20, in cui è presente però un solo ospite. Il resto degli ospiti ricade nei gruppi più numerosi, PD1-38 e IB1-28, con un solo ospite presente in CB1-24, Clinically Complex (ADL 12-16). Anche in questo caso, ritroviamo il 50% esatto degli ospiti che ricadono nel gruppo RUG IB1-28. In generale, comunque, possiamo affermare che gli ospiti a cui viene erogata una prestazione R3.1 (Residenza Protetta Demenze), secondo il sistema RUG hanno una complessità assistenziale decisamente inferiore, al momento della stesura di questo elaborato.

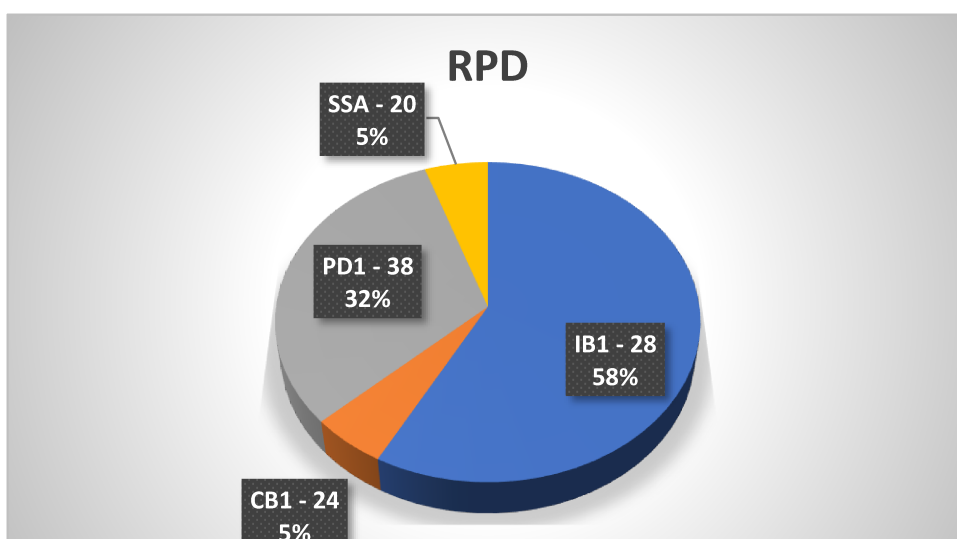


Grafico 6

5. Conclusioni

Essendo il RUG uno strumento di natura economico-finanziaria, non è comunque in grado di darci dei risvolti pratici a livello di assistenza. Per la definizione degli standard assistenziali, infatti, la Regione Marche si rivolge ad una normativa di riferimento ben precisa (la più recente la DGRM 937/2020 che abbiamo già analizzato nella stesura di questo elaborato) e che determina dei tempi di assistenza ben precisi, ma non basati sulla complessità assistenziale variabile ed eterogenea presente nelle varie strutture italiane.

Dai dati ricavati dalla struttura di riferimento, però, si denota la presenza di ospiti con complessità assistenziale anche elevata, con un individuo in particolare appartenente al gruppo RUG SE3 (Cure Intensive) e ben 8 appartenenti al gruppo SSA (Cure Specialistiche). Mancano ovviamente ospiti appartenenti al primo gruppo della cascata e il più complesso, quello della Riabilitazione, a cui la struttura non fa riferimento. La gran parte degli ospiti residenti nella nostra struttura di riferimento fa comunque capo al gruppo Deficit Cognitivi, che nella cascata dei macrogruppi RUG assume una complessità assistenziale di media-bassa entità.

La frammentarietà di cui si è parlato all'inizio di questo elaborato ritorna quindi in questa parte di chiusura, a ricordare quanto, sebbene siano presenti in grande quantità ed eterogeneità nelle varie regioni italiane, gli strumenti di valutazione del carico assistenziale siano poco sfruttati all'atto pratico.

Un esempio di eccellenza in senso contrario lo possiamo trovare all'interno del Canton Ticino, che ha utilizzato la pesatura dei gruppi RUG per determinare i carichi assistenziali, a livello di costo umano e di minuti di assistenza, di ciascun macrogruppo. In sintesi, a ciascun gruppo RUG è stato associato un punteggio RUG. Un'elaborazione successiva da parte di esperti ha portato poi all'associazione di un preciso numero di minuti di assistenza associabile a un singolo punto RUG, pari a 147 minuti.

A puro scopo di confronto, abbiamo calcolato i minuti di assistenza che richiederebbero gli ospiti della nostra struttura di riferimento se fosse sita proprio in Canton Ticino, ed il tutto è riassunto nella tabella qui di seguito. Nella prima colonna abbiamo riportato il gruppo RUG di riferimento, con accanto il numero di ospiti presenti nella struttura di

riferimento che ne fanno parte. Nella seconda colonna è elencato il punteggio RUG per ciascun gruppo. Il totale dei punti RUG è espresso in fondo alla tabella.

Gruppo RUG (n. ospiti)	Punteggio Gruppo RUG
SE3 (1)	3.681
SSA (8)	1.378
PB1 (1)	0.659
PA1 (1)	0.332
PD1 (14)	1.218
CB1 (1)	1.239
CB2 (2)	1.338
CA1 (2)	0.826
IA1 (1)	0.582
IB1 (22)	0.859
Totale	57.795

Tabella 10

Se si moltiplica il totale ottenuto dai Punteggi RUG degli ospiti della struttura di riferimento per i minuti relativi al singolo Punto RUG (147 minuti, come già detto) si ottiene un minutaggio assistenziale giornaliero aspecifico (quindi che comprende sia assistenza infermieristica, sia socio-sanitaria) di 8495,865 minuti/die. Un valore decisamente più alto rispetto a quello dato dalla DGRM 937/2020 di 6480 minuti/die e più alto anche di quello effettivamente erogato dalla struttura di riferimento (7380 minuti/die).

L'utilizzo, quindi, di sistemi come il RUG, che possano dare un quadro assistenziale quantomeno vicino al reale delle situazioni nelle varie residenze sanitarie e sociosanitarie italiane è più che auspicabile anche nel campo dell'organizzazione assistenziale.

6. Bibliografia e Sitografia

1) <http://www4.istat.it/it/anziani>

2) <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento>

3) Fried LP et al. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: Implications for improved targeting and care. *Journals of Gerontology. Series A: Biological and Medical Sciences*; 59(3): 255- 263; 2004

4) Gobbens RJ et al. In search of an integral conceptual definition of frailty: opinions of experts. *J Am Med Dir Assoc*; 11(5): 338-43; Jun 2010

5) Fabio Ragaini, Le residenze sanitarie per anziani (RSA) nelle Marche: L'improcrastinabile regolamentazione, 2009

6) Fries BE, Cooney LM. Resource Utilization Groups: A Patient Classification System for Long-Term Care. *Medical Care*. 1985 Feb.23(2):110–122.

7) Fries BE, Schneider DP, Foley WJ, et al. Case-Mix Classification of Medicare Residents in Skilled Nursing Facilities: Resource Utilization Groups (RUG-T18) *Medical Care*. 1989 Sept.27(9):843–858.

8) Brizioli E, Bernabei R, Ferrucci L, Di Niro G, Masera F. Validazione del sistema RUG in Italia. *Bollettino delle Ricerche* 2:59-76, 2000.

9) Alberto Rosotti "Informatica Medica", ed. Mc Graw Hill; p. 164, 2015

10) Fries BE, Cooney LM. Resource Utilization Groups: A Patient Classification System for Long-Term Care. *Medical Care*. 1985 Feb.23(2):110–122

11) Fries BE, Schneider DP, Foley WJ, et al. Case-Mix Classification of Medicare Residents in Skilled Nursing Facilities: Resource Utilization Groups (RUG-T18) *Medical Care*. 1989 Sept.27(9):843–858.