

Linee guida del Ministero della Sanità n. 1 del gennaio 1994

"Indirizzi sugli aspetti organizzativi e gestionali delle Residenze Sanitarie Assistenziali"

Premessa

Le modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502/92 introdotte con il decreto legislativo 7 dicembre 1993 n. 517/93, l'approvazione del Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1994-1996, con la relativa determinazione della spesa sanitaria secondo livelli uniformi di assistenza, nonché le priorità di intervento, introdotte in relazione alle modificazioni del quadro epidemiologico, impongono una complessiva ridefinizione della funzione della rete dei servizi sanitari. In particolare si richiede un maggiore sviluppo di presidi e servizi extraospedalieri per rispondere alla domanda di riabilitazione e di lungo-assistenza espressa dagli anziani, dai disabili e comunque dai soggetti non autosufficienti, non curabili a domicilio.

La ridefinizione organizzativa dei servizi, per essere in sintonia con le esigenze dei cittadini, deve basarsi su un continuum di cure sanitarie e servizi sociali che rispondano alle esigenze poste dalla collettività, ed in particolare a quelle di soggetti non autosufficienti i cui bisogni sanitari sono inscindibili da quelli assistenziali e determinano diversi gradi di dipendenza ai quali è necessario rispondere con offerte di sostegno domiciliare, semiresidenziale e residenziale.

Nell'ottica dell'organizzazione dei servizi in una rete funzionalmente integrata la tutela sanitaria si integra con l'assistenza sociale, la solidarietà del volontariato e le cure familiari.

L'offerta coordinata ed integrata di prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali richiede però il rispetto di regole tecniche, amministrative, finanziarie e gestionali che fissano per ciascun livello istituzionale e per ogni struttura, compiti, risorse a disposizione, responsabilità direzionali e operative.

Gli strumenti per la realizzazione dell'integrazione delle attività delle strutture extraospedaliere, con le attività complementari degli altri servizi delle USL, dei Comuni, di altri Enti trovano riferimenti normativi negli artt. 23, 24 e 27 della legge 142/92.

Spetta alle Regioni disciplinare nell'ambito della propria competenza ai sensi del 5° comma, art. 3 D.Leg.vo 502/92, le modalità di attuazione di tale integrazione tra i servizi. Le R.S.A., infatti, vanno inserite nella completa rete di servizi socio-sanitari già previsti dalle leggi e regolamenti nazionali e regionali. In questo contesto di rete, la R.S.A. è il fulcro residenziale extraospedaliero dell'assistenza alla persona non autosufficiente. È necessario al riguardo tenere conto delle realtà esistenti nelle diverse regioni e integrare quindi le strutture residenziali esistenti con le nuove R.S.A. proposte a livello nazionale. Poiché non è proponibile una soluzione che escluda di fatto l'esistente, le Regioni potranno, quindi, tendere ad una graduale trasformazione delle strutture presenti sul territorio in RSA, purché ne soddisfino i requisiti gestionali, strutturali ed organizzativi. Inoltre al fine di garantire il rispetto delle reali esigenze di un'utenza portatrice di gradi e tipologie diversificati di non autosufficienza, risulta necessario, fermo restando una stessa tipologia strutturale, diversificare le RSA in strutture finalizzate al mantenimento di cui al punto 2.2 delle linee guida, e/o in strutture finalizzate alla cura e al recupero di cui al punto 2.1 delle stesse linee-guida.

Compiti delle Regioni

È specifica competenza delle Regioni, ai sensi della vigente normativa, provvedere alla riorganizzazione dei servizi ospedalieri e di residenzialità extra-ospedaliera. Si forniscono di seguito indicazioni e criteri di riferimento ai quali si invitano le Regioni ad attenersi

perché sia garantito nel settore un uniforme livello di assistenza su tutto il territorio nazionale.

LA RETE DEI SERVIZI

L'ospedale

Il Presidio ospedaliero è struttura di diagnosi, terapia e cura delle patologie acute, articolato per specialità di degenza aggregate in aree omogenee e/o dipartimenti. La degenza si integra con i servizi specialistici territoriali attraverso il day-hospital ed il poliambulatorio.

L'evoluzione del quadro epidemiologico richiede per l'ospedale un potenziamento di aree tradizionalmente penalizzate dalla medicina per acuti: la geriatria e la riabilitazione. Il trattamento riabilitativo, il cui intervento è contemporaneo o immediatamente successivo all'acuzie, va attivato in termini clinici intensivi per limitare il danno invalidante delle patologie.

Va ricompreso nell'area ospedaliera il trattamento, anche in regime di ricovero prolungato, delle patologie in fase terminale.

Esulano dal ricovero ospedaliero i trattamenti di lunga assistenza e di riabilitazione prolungata per anziani e altri soggetti non autosufficienti non curabili a domicilio, per i quali è necessario far riferimento alla residenzialità extraospedaliera. Le case di cura private per la lungodegenza, analogamente agli Ospedali pubblici, non potranno più essere riferimento per trattamenti di lunga durata. Dovrà essere pertanto facilitata ed agevolata la loro riconversione in RSA, ovvero in strutture polifunzionali riservate alla riabilitazione e alla lungodegenza post-acuzie.

La residenza extraospedaliera

Le diverse tipologie di disabili, ivi compresi gli anziani non autosufficienti, sono caratterizzati dall'esistenza di deficit funzionali derivati dalla perdita di capacità fisiche, psichiche o psico-fisiche, a seguito di eventi morbosi (congeniti o acquisiti), che determinano sul piano dei bisogni assistenziali situazioni di handicap e di dipendenza.

Le prestazioni da offrire in termini qualitativi e quantitativi debbono quindi essere orientate a contrastare o compensare la perdita di autonomia, che spesso si esprime nel soggetto disabile come incapacità di permanere o rientrare al proprio domicilio.

La residenzialità extraospedaliera realizza le prestazioni residenziali o semiresidenziali come risposta ai bisogni dei portatori di handicap fisico e psichico, degli anziani e dei soggetti non autosufficienti, non assistibili a domicilio.

L'assistenza residenziale extraospedaliera, conseguentemente, si concretizza in una gamma di residenze che offrono diversi gradi di assistenza sanitaria (nelle sue componenti mediche, infermieristiche e riabilitative), accompagnata da prestazioni di tipo socio-assistenziale atte a facilitare il collegamento ed il successivo, in alcuni casi solo potenziale, reintegro nell'ambiente di provenienza.

Le caratteristiche delle residenze sono correlate alla tipologia degli ospiti, al loro grado di dipendenza, alle potenzialità ed ai tempi per il loro recupero psico-fisico. In tal senso la residenzialità extraospedaliera può essere suddivisa in:

Strutture di riabilitazione per soggetti affetti da minorazione fisica, psichica e sensoriale

In tali strutture, la riabilitazione di soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa, si esprime attraverso un alto livello di tutela sanitaria, che concorre al recupero funzionale della persona disabile, tramite prestazioni diagnostiche e terapeutico-riabilitative che si avvalgono in maniera interdisciplinare di apporti clinici, psicologici, pedagogici e sociali.

Le prestazioni di recupero e riabilitazione possono essere erogate a tempo pieno, a carattere diurno, ambulatoriale, extramurale e domiciliare.

Le prestazioni riabilitative hanno come obiettivo la restituzione e il mantenimento del più alto livello di autonomia acquisibile, nonché la limitazione del danno involutivo. Sono pertanto particolarmente efficaci nei confronti di soggetti in età evolutiva e giovane-adulta ai quali deve essere altresì assicurato l'accesso alle attività scolastiche e di formazione o riqualificazione professionale.

Nel settore della riabilitazione si possono individuare tre livelli di intervento che si caratterizzano per la complessità, la durata e l'ambito sanitario di riferimento dell'assistenza richiesta:

- a) primo livello: fase acuta di pronto intervento, attuato in strutture ospedaliere;
- b) secondo livello: fase del massimo recupero funzionale e del suo stabilizzarsi attuato in strutture o Centri di riabilitazione;
- c) terzo livello: fase di prevenzione dell'aggravamento attuato al domicilio del paziente, o in sede ambulatoriale, o infine, per soggetti non autosufficienti e non assistibili a domicilio nelle residenze sanitarie assistenziali.

In termini normativi la funzione riabilitativa di secondo livello rivolta alle minorazioni fisiche, psichiche e/o sensoriali, dipendenti da qualunque causa, è disciplinata dall'articolo 26 della legge 833/78.

Apposite linee-guida saranno emanate per le strutture o centri di riabilitazione.

Residenze sanitarie assistenziali (R.S.A.)

La RSA realizza un livello medio di assistenza sanitaria (medica, infermieristica e riabilitativa) integrato da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera. È rivolta ad anziani non autosufficienti e ad altri soggetti non autosufficienti, non assistibili a domicilio.

La RSA trova riferimento normativo nella legge 67/88 e nel DPCM 22.12.89. Si differenzia dalle strutture riabilitative di cui al punto 2.1 per la minore intensità delle cure sanitarie e per i tempi più prolungati di permanenza degli assistiti, che in relazione al loro stato psico-fisico possono trovare nella stessa anche "ospitalità permanente".

Per quanto attiene gli aspetti strutturali ed organizzativi, l'unità di base è il modulo o nucleo, composto di 20-25 posti per gli anziani non autosufficienti e di 10-15 posti (secondo la gravità dei pazienti) per disabili fisici, psichici e sensoriali, utilizzando in maniera flessibile gli stessi spazi edilizi.

In base alle loro condizioni psico-fisiche, sono ospiti delle R.S.A.:

- anziani non autosufficienti (in media 4 moduli da 20-25 soggetti, fino ad un massimo di 6 moduli). Nelle R.S.A. per anziani, di norma, un modulo di 10-15 posti va riservato alle demenze;
- disabili fisici, psichici e sensoriali (in media 2 moduli, massimo 3 da 10-15 soggetti).

Localizzazione

La RSA, in relazione alle particolari esigenze determinate dalle condizioni psicofisiche delle persone che vi trovano accoglienza vanno preferibilmente localizzate, soprattutto quelle di nuova costruzione, in zone già urbanizzate, integrate con il preesistente contesto, o ben collegate mediante mezzi pubblici a centri urbani, al fine di evitare ogni forma di isolamento, difficoltà di incontro con le famiglie e di allontanamento dall'ambito sociale di appartenenza. Di particolare interesse risultano le iniziative di ristrutturazione o riconversione di edifici già esistenti localizzati nei centri storici e la presenza di spazi verdi per attività motorie e ricreative, dove possibile.

Tipologie edilizie e dimensioni delle RSA

Gli standard edilizi, dimensionali e qualitativi previsti dal DPCM 29 dicembre 1989 per la realizzazione di strutture Residenziali per anziani non autosufficienti valgono anche per le RSA per soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali, per i quali sono da prevedersi moduli più piccoli.

La struttura edilizia deve avere caratteristiche (funzionali, tipologiche, spaziali, morfologiche, ecc.) il più possibile assimilabili ad una unica matrice, rimandando invece alla sua capacità ricettiva, alle diverse modalità di assistenza ed organizzazione interna, la oggettiva e dovuta differenziazione a seconda delle esigenze degli ospiti.

L'indirizzo prevalente deve essere quello di articolare le RSA per nuclei o moduli base, anche se di differente capacità ricettiva, diversamente aggregabili tra loro, in modo da adeguarsi alle diverse esigenze determinate dalla differente e/o mutata composizione degli ospiti e garantire inoltre una buona flessibilità nell'organizzazione interna e nelle modalità gestionali. Gli spazi abitativi avranno quindi gli stessi standard dimensionali mentre differenti saranno le loro logiche aggregative, il loro dimensionamento complessivo, i servizi erogati e gli standard di personale.

Sul piano delle tipologie edilizie le residenze sanitarie assistenziali utilizzano come moduli base:

- *nuclei elementari singoli per anziani non autosufficienti* da 20 a 25 posti che possono beneficiare anche dei servizi sanitari e sociali posti all'esterno;

- *nuclei elementari singoli per disabili fisici, psichici e sensoriali* da 10 a 15 posti che possono beneficiare anche dei servizi sanitari e sociali posti all'esterno.

Tali nuclei, variamente aggregati ed articolati tra loro, danno origine:

- per soggetti anziani non autosufficienti, a sistemi di più nuclei che non vanno di norma oltre gli 80 posti residenziali e che possono arrivare (garantendo un'adeguata separazione tra nuclei) fino ad un massimo di 120 posti, in zone ad alta densità abitativa ed urbana. Tali strutture sono dotate di propri servizi sanitari e sociali secondo la composizione degli ospiti e con le adeguate connessioni con i servizi sanitari e sociali esistenti sul territorio. In ogni struttura con nuclei in numero di 4, o superiori a 4, va garantita la presenza di un nucleo riservato alle demenze;

- per disabili fisici, psichici e sensoriali, a sistemi di 2 o 3 nuclei, secondo la gravità della patologia e quindi da 20 a 45 posti residenziali.

Organizzazione per nuclei

L'organizzazione per nuclei consente di accogliere anche nella stessa struttura residenziale gruppi di ospiti di differente composizione senza peraltro determinare interferenze - data la relativa autonomia dei servizi di nucleo - e salvaguardando tutti gli aspetti di riservatezza personale. Nel contempo essa crea occasioni di socializzazione spontanea all'interno del nucleo, nelle relazioni tra nuclei e nei rapporti con i fruitori esterni del centro servizi a ciclo diurno, di cui la residenza deve essere possibilmente dotata.

Oltre a garantire la migliore assistenza agli ospiti, anche sotto il profilo gestionale, l'organizzazione per nuclei modulari e dotati di servizi autonomi, appare essere la più idonea per un razionale impiego del personale e per la utilizzazione delle risorse.

Area residenziale

L'area residenziale dell'ospite è costituita da camere destinate fino ad un massimo di 4 ospiti, nei casi di particolari esigenze strutturali ed assistenziali. Tale flessibilità consente di venire incontro a particolari esigenze assistenziali od organizzative, anche di carattere temporaneo che permettono, ad esempio, nella camera a due letti, di ospitare un parente. Ogni camera deve essere dotata, come standard preferenziale, di bagno autonomo. In ogni caso, a norma del D.P.R. n. 384/78, i servizi igienici collegati alle camere, in numero minimo di uno ogni due camere in rapporto comunque ad un numero massimo di quattro

ospiti, dovranno essere preferibilmente suddivisi in bagno ed antibagno con lavabi sia per permettere una loro migliore fruizione da parte degli ospiti sia per facilitare il lavoro del personale addetto.

Particolare attenzione va posta alla personalizzazione ed al comfort di ogni camera; pertanto le caratteristiche ambientali e gli arredi non devono avere l'asetticità propria degli spazi ospedalieri, ma dovranno garantire le opportunità di scelta personale negli arredi. I materiali, le finiture e i colori debbono essere luminosi e riproporre modelli familiari. Le finestre devono essere ampie e consentire lo sguardo all'esterno anche da posizione supina.

Aree di servizio, laboratori e spazi per attività sociali

Le RSA debbono disporre di spazi per le attività di servizio di ciascun nucleo e per le attività sanitarie curative e riabilitative comuni (da collocare preferibilmente in un'area dei servizi sociosanitari a ciclo diurno aperta anche alla fruizione della popolazione esterna) e di spazi per attività di tipo ricreativo e di relazione sociale che rivestono importanza fondamentale per il mantenimento dell'equilibrio psichico ed emotivo dell'ospite.

Articolazione delle residenze

Le R.S.A. dovranno essere articolate in:

area abitativa

- camere da 1, 2, 3 e 4 posti letto con relativi servizi igienici, dotati di telefoni mobili; *servizi di nucleo* (mediamente ogni 20-25 ospiti nel caso di anziani e 10-15 ospiti negli altri casi)
- soggiorno / gioco / TV, dotati di telefoni (spazi non chiusi, articolati, ecc.)
- cucinetta
- saletta pranzo (anche contigua al soggiorno)
- bagno assistito
- sala medica e locale di controllo personale con servizi igienici
- sala deposito per attrezzature, carrozzelle, materiale di consumo, ecc.
- sala deposito per biancheria sporca, lavapadelle, ecc.
- armadi per biancheria pulita;

servizi di vita collettiva per l'intera struttura

- ingresso con portineria, posta e telefono
- ufficio amministrativo
- servizi igienici
- soggiorno polivalente
- angolo bar
- mensa
- locale per le attività occupazionali
- cappella per il culto
- locale per il parrucchiere, barbiere.

La dimensione dei servizi di vita collettiva deve variare in rapporto al presumibile numero di utenti esterni alla struttura;

servizi sanitari per l'intera struttura

- sala visita
- locale per fisiochinesiterapia
- locale per servizio di podologia
- palestra, spogliatoio, deposito
- servizi igienici.

Qualora i servizi fossero aperti ad esterni (cosa questa fortemente auspicabile) dovranno essere proporzionalmente potenziati e dimensionati sul probabile bacino d'utenza;

servizi generali per l'intera struttura

- cucina, dispensa e locali accessori
- lavanderia e stireria
- spogliatoio del personale con servizi igienici
- magazzini
- camera ardente con accesso dall'esterno
- deposito materiale sanitario
- deposito pulito
- deposito sporco
- deposito attrezzature.

Nel caso che alcuni servizi siano gestiti in appalto esterno i relativi locali potranno di conseguenza essere ridimensionati.

Standard dimensionali

Gli standard dimensionali di riferimento per la realizzazione delle R.S.A. possono essere determinati nelle misure che seguono tenendo presente che gli stessi sono da considerare netti, in quanto fanno riferimento a superfici utili per lo svolgimento delle funzioni specifiche:

a) la superficie totale utile funzionale della struttura è fissata in mq. 40-45 per ospite;

b) per le camere, valori minimi (bagno escluso) :

- mq. 12 per una persona
- mq. 18 per 2 persone
- mq. 26 per 3 persone
- mq. 32 per 4 persone;

c) per il servizio igienico (ogni 2 camere e fino ad un massimo di 4 ospiti): da 4 a 5 mq. costituito da:

- 1 locale con water e bidet
- 1 antilocale con 2 lavabi;

d) le restanti aree di attività e di servizio dovranno essere dimensionate nel computo complessivo dei 40-45 mq per ospite. Da ricordare a tale proposito che la flessibilità richiesta nella utilizzazione dei nuclei (e quindi lo stesso dimensionamento sia per quelli da 20-25 ospiti che per quelli da 10-15) comporterà un aumento della metratura, ampiamente però compensata dalla possibilità di una diversa utilizzazione della struttura stessa.

Nel caso di strutture preesistenti e di ristrutturazioni sono accettabili misure in eccesso o in difetto entro il 20% degli standard di riferimento.

Fruibilità degli spazi

La condizione degli ospiti di una R.S.A. è tale da richiedere la completa eliminazione delle barriere architettoniche e l'introduzione di misure di sicurezza nella utilizzazione degli spazi. Di conseguenza gli spazi vanno resi agevolmente fruibili ed in piena sicurezza da tutti gli ospiti, indistintamente.

Tali criteri mirano a consentire alle persone con maggiore autosufficienza di godere di adeguati spazi di relazione per migliorare la propria condizione di vita e alle persone non autosufficienti di disporre degli spazi necessari alle manovre dei diversi sussidi indispensabili alla deambulazione e alle attività di servizio degli operatori al letto degli assistiti, oltre che alle attività ricreative e di socializzazione.

Il requisito della fruibilità va inteso in senso ampio, come possibilità di accesso fisico e visivo agli spazi, di intervento autonomo su alcuni fattori ambientali, di identificazione immediata dei luoghi e percorsi.

Importante, infine, la cura degli spazi esterni che costituiscono il paesaggio con il quale gli ospiti si relazionano quotidianamente e che possono diventare - se progettati ed attrezzati opportunamente - luogo di soggiorno, svago e contatto con la natura.

Concezione architettonica degli spazi

Il rispetto della condizione degli ospiti accolti nelle RSA e le esperienze nazionali ed estere suggeriscono concezioni architettoniche e soluzioni progettuali di spazi privati e personalizzati articolati per piccoli nuclei di ospiti, di dimensioni modulari e locali comuni per attività varie.

Alcuni servizi di vita collettiva (mensa, bar, soggiorno polivalente, ecc.) per il valore sociale e simbolico che rivestono, vanno collocati in posizione baricentrica rispetto all'intera struttura ed aggregati in modo da costituire un nucleo funzionale di servizi che assuma le caratteristiche di uno spazio di riferimento. È opportuno che tali spazi siano articolati ed organizzati in aree che propongano situazioni aggregative tali da favorire una socializzazione a carattere più intimo e familiare. È infine auspicabile che le camere di residenza siano dislocate attorno a questi spazi sottolineandone in tal modo la "centralità".

Nel loro insieme le soluzioni debbono configurare un tessuto abitativo articolato in cui siano presenti, accanto alle camere, zone dedicate alle relazioni sociali, collegamenti tra le varie aree per agevolare la mobilità dei presenti e spazi riservati ad attività occupazionali e di laboratorio per impegnare fattivamente gli ospiti secondo le loro esperienze ed attitudini.

È auspicabile, ove possibile e soprattutto nei casi di ristrutturazione di edifici in centri urbani, la previsione di ulteriori spazi da dare in gestione "all'esterno" (negozi, servizi, ecc.) tali da accentuare l'integrazione della struttura con il contesto urbano.

Sicurezza, riservatezza

All'interno delle RSA una particolare attenzione va posta al temperamento tra le esigenze di assistenza e di prevenzione degli infortuni domestici e il rispetto della riservatezza degli ospiti.

Una importanza particolare riveste il problema dell'orientamento e pertanto la distribuzione planimetrica e la volumetria dell'edificio dovranno essere progettate in modo da risultare di per sé fortemente orientanti. Il sistema segnaletico va inteso non solo come grafica e/o simboli, ma come un sistema integrato (materiali, colori identificativi dei vari percorsi, luci, piante, ecc.) che faciliti la riconoscibilità dei luoghi e dei percorsi. A tale fine può risultare utile verificare il sistema di segnaletica con coloro che lo utilizzano. L'uso di tecnologie adeguate (quali sistemi di allarme personale, rilevatori di vario genere, cerca-persone, ecc.) è misura di auspicabile applicazione, sempre però nel rispetto della riservatezza e della personalità degli ospiti.

È ovviamente obbligatorio l'impiego di materiali conformi alle norme di sicurezza, soprattutto antincendio, e l'assoluto rispetto delle normative vigenti.

ASPETTI GESTIONALI E CRITERI PER LA DETERMINAZIONE DEI COSTI NELLA RSA

Vengono riportati gli elementi metodologici per una ipotesi di calcolo dei costi di gestione. Tali elementi valgono sia nel caso di RSA a gestione diretta sia nel caso di RSA private in convenzione.

Per individuare correttamente i costi delle RSA, dovranno essere considerate le funzioni in essa esplicitate che sono comuni alle due tipologie considerate:

- a) RSA per anziani non autosufficienti;
- b) RSA per disabili.

Da un punto di vista funzionale si possono riconoscere nella RSA quattro macrolivelli omogenei di costi e più precisamente:

- costi edilizi (investimento e manutenzione edilizia, impiantistica e tecnologica)
- costi alberghieri e generali - costi assistenza sanitaria
- costi assistenza sociale a rilievo sanitario.

Le voci da prendere in considerazione per ogni funzione sono le seguenti:

Costi edilizi (investimenti e manutenzione):

- ammortamento dei costi di investimento (in caso di RSA in rapporto di convenzione)
- manutenzione ordinaria (edilizia o impiantistica)
- manutenzione tecnologica
- manutenzione straordinaria (in caso di gestione diretta).

Costi alberghieri e generali

Funzioni alberghiere: ristorazione / preparazione pasti; lavanderia e guardaroba; pulizia ambienti.

Funzioni di Amministrazione e Direzione: attività di coordinamento; attività di amministrazione/gestione; valutazione qualità dell'assistenza; spese generali.

Costi assistenza sanitaria

Funzioni sanitarie: assistenza infermieristica; assistenza medica; assistenza riabilitativa; assistenza e consulenza specialistica (geriatrica, psichiatrica, ecc.).

Costi assistenza sociale a rilievo sanitario

Funzioni assistenziali: igiene personale e necessità fisiologiche; aiuto svolgimento attività quotidiane, compreso consumo cibi; cura della persona e del suo aspetto.

Funzioni di animazione, socializzazione e assistenza psicologica: attività ricreativa/culturale e creativa; attività motoria.

Il rapporto tra ogni voce ed il corrispondente costo avviene sulla base di due distinte modalità:

a) per quanto concerne i costi edilizi, le funzioni alberghiere e le funzioni sanitarie, ad ogni voce deve corrispondere direttamente ed immediatamente il costo relativo;

b) per quanto concerne le altre voci (funzioni di amministrazione e direzione, funzioni assistenziali, animazione e assistenza psicologica) la possibilità di identificare i costi consegue ad un loro "incrocio" con varie figure professionali, essendo talune di queste impegnate in misura percentuale differenziata in rapporto a più di una delle voci considerate.

Determinazione del fabbisogno di risorse umane

L'analisi dei fabbisogni determinata in base alla tipologia degli assistiti scaturisce dalle funzioni esplicate dalla singola RSA. Sono infatti le diverse "condizioni" degli ospiti che determinano gli specifici fabbisogni assistenziali e quindi le unità di personale.

Il fabbisogno di risorse umane dovrà essere determinato in base alle tipologie degli ospiti allo scopo di garantire una offerta idonea. Occorre impostare una metodologia di analisi fondata su un approccio più marcatamente fenomenologico/operativo, tendente a modulare le dinamiche gestionali in rapporto alle diverse condizioni di bisogno.

Si tratta di procedere distintamente, per le diverse tipologie, a due adempimenti:

- descrivere con sufficiente dettaglio quali siano nell'ambito di una giornata/tipo di lavoro i momenti assistenziali ricorrenti e/o straordinari che scandiscono il rapporto tra operatore

e ospite nonché quali siano gli adempimenti non direttamente assistenziali (di natura individuale e/o collettiva) che gli operatori debbono garantire;

- stimare la quantità di tempo/lavoro necessario per ogni figura professionale della struttura.

Questa impostazione consente di non fare una mera operazione contabile, finalizzata solo al contenimento dei costi, ma anche a garantire la quantità e qualità dell'assistenza necessaria. Per raggiungere questo risultato occorre dotarsi di un apposito strumento finalizzato a correlare le diverse variabili che debbono essere fatte interagire nel lavoro di descrizione/analisi/valutazione. È opportuno quindi impostare uno schema a "matrice" per porre in evidenza le diverse attività delle figure professionali nel loro rapporto con l'ospite.

Premessa indispensabile alla predisposizione di tale "matrice" è la conoscenza, contestuale ad ogni realtà locale, della gravità della condizione che si riscontra "mediamente" in riferimento ad ognuna delle due tipologie di ospiti considerati (anziani non autosufficienti e disabili). Pertanto lo standard massimo del personale potrà essere applicato solo in presenza di condizioni particolarmente gravi in quasi tutti i soggetti ospitati nelle RSA.

Una volta comunque individuati i tempi di assistenza si possono ricavare i reali fabbisogni di

personale in termini di unità di addetti, tenendo, peraltro, ben presente che nell'analisi vanno considerate attentamente le diverse variabili connesse a:

- il *lay-out* degli spazi;
- la qualità ed il tipo di strumenti operativi (tecnologie di supporto complessivamente a disposizione per l'esercizio delle varie funzioni);
- le dimensioni della RSA (numero dei posti); - le caratteristiche strutturali e organizzative;
- il mix di ospiti che si prevede di assistere;
- l'organizzazione del lavoro;
- il tipo di gestione dei servizi (diretta, in appalto, ecc.);
- il tipo di contratto per le diverse figure di personale;
- il rapporto percentuale tra orario lavorativo e tempo effettivo di contatto con il paziente per figura professionale.

Altri fabbisogni

Da questa elaborazione è possibile ricavare sia le esigenze quantitative di personale per soddisfare i fabbisogni di assistenza sanitaria e non, sia le relative necessità di beni strumentali.

Per le voci da considerare si rinvia al prospetto "Riepilogo delle voci di costo" riportato nel seguente punto.

Determinazione dei costi

L'“universo” delle variabili che concorrono a determinare il complesso degli oneri di gestione della RSA considerata può essere determinato con il seguente schema di analisi dei costi.

Riepilogo delle voci di costo

1° Costo del personale

2° Spese di amministrazione

assicurazioni

postali, telegrafiche, telefoniche

stampati

abbonamenti a giornali, libri e riviste

elaborazione dati
tesoreria
tecniche e legali
imposte, tasse e licenze
3° *Spese generali*
acqua, energia elettrica, gas
lavanderia e guardaroba
riscaldamento e combustibili
pulizie e disinfezione
adesioni ed associazioni e convegni
materiale per animazione e tempo libero
divise del personale
spese per trasporti
attrezzatura minuta
rifiuti solidi urbani e speciali

4° *Vitto*

5° *Spese sanitarie e farmaceutiche*

6° *Manutenzione ordinaria*

Totale costi di gestione

7° *Manutenzione straordinaria e rinnovo attrezzature*

Nel caso di gestione affidata in convenzione a strutture private, questa voce deve essere sostituita dalla voce "ammortamenti".

8° *Oneri finanziari*

Totale costi

Il riepilogo di cui sopra non rappresenta uno schema di contabilità per "centri di costo" (così come è previsto dal D.Leg.vo n. 502/92 e successive modificazioni), soluzione cui peraltro si dovrà nel tempo pervenire. Un conto economico articolato per centri di costo può essere ipotizzato incrociando le "funzioni" presenti in una RSA con i diversi tipi di "risorse" che consentono lo svolgimento delle stesse.

È opportuno far ricorso ad una "matrice" nella quale far confluire i dati sopra riportati. La matrice consente anche di procedere all'individuazione della quota di costo a carico del FSN e di quella a carico dell'Ente locale e/o dell'ospite.

A questo scopo si possono individuare tre categorie cui imputare i diversi costi delle rispettive funzioni riportate nella "matrice":

- categoria 1: costi totalmente sanitari, riferibili alle voci assistenza sanitaria e funzioni assistenziali;

- categoria 2: costi totalmente non sanitari riferibili alla voce funzioni alberghiere;

- categoria 3: costi non riconducibili integralmente ad una delle due categorie sopraindicate, riferibili alle voci costi edilizi, funzione di amministrazione e direzione e funzione di animazione, socializzazione e assistenza psicologica.

Per la categoria 3 occorre procedere in maniera distinta.

Per quanto riguarda la voce "costi edilizi", relativa all'ammortamento ed alle manutenzioni, sembra opportuno ripartire i costi a metà, e quindi una quota del 50% va a carico del FSN.

Relativamente alle voci "funzione di amministrazione e direzione" e "funzione di animazione, socializzazione e assistenza psicologica", è nota la difficoltà di rinvenire un criterio certo e definitivo per la reale ripartizione tra la quota sanitaria e quella non sanitaria. La proposta di standardizzazione che segue sembra essere sufficientemente adeguata.

Per le predette voci (funzione di amministrazione e direzione e funzione di animazione, socializzazione e assistenza psicologica) la definizione della quota gravante sul FSN si

può ottenere procedendo anzitutto a calcolare sia l'incidenza dei costi totalmente sanitari (categoria 1) sia l'incidenza dei costi totalmente non sanitari (categoria 2) rispetto alla somma dei costi delle due categorie.

La formula
$$\frac{\text{"costi categoria 1"} \times 100}{(\text{"costi categ. 1"} + \text{"costi cat. 2"})}$$

fornisce l'indice percentuale dei costi sanitari.

La formula
$$\frac{\text{"costi categoria 2"} \times 100}{(\text{"costi categ. 1"} + \text{"costi cat. 2"})}$$

fornisce l'indice percentuale dei costi non sanitari.

Tali valori percentuali dovranno essere applicati alle voci funzione di amministrazione e direzione e funzione di animazione, socializzazione e assistenza psicologica per ricavare l'importo dei costi sanitari e di quelli non sanitari.

Costi di gestione

La ripartizione che si propone è la seguente:

1. *Costi totalmente sanitari*
 - 1.1. Personale
 - infermiere professionale
 - terapeuta riabilitazione
 - assistente di base
 - medico di base
 - medico geriatra
 - medico fisiatra
 - psicologo
 - assistente di base coordinatore
 - medico di base coordinatore
 - podologo
 - 1.2. Medicinali e presidi sanitari
 - 1.3. Ogni altra prestazione diagnostica-curativa
2. *Costi totalmente non sanitari*
 - 2.1. vitto
 - 2.2. lavanderia
 - 2.3. pulizie
3. *Costi misti (in parte sanitari e in parte non)*
 - 3.1. Personale
 - terapeuta occupazionale
 - responsabile di struttura
 - amministrativo
 - parrucchiere
 - 3.2. Assicurazioni
 - 3.3. Spese generali
 - 3.4. Materiali di consumo e piccole attrezzature
4. *Costi misti*
 - 4.1. manutenzione ordinaria
 - 4.2. manutenzione straordinaria
 - 4.3. ammortamenti.

Partecipazione alle spese

In base all'analisi della normativa regionale, si può affermare che l'indirizzo prevalente è quello di prevedere l'assunzione da parte dell'utente delle spese alberghiere e sociali, essendo quelle sanitarie a carico dell'USL.

In caso di reddito insufficiente, è previsto l'intervento dei familiari o del Comune di residenza. In alcuni casi è previsto altresì che la partecipazione dell'utente abbia inizio dopo il secondo mese di permanenza nella RSA se l'assistito proviene da una fase di malattia acuta in ospedale e l'avvio in RSA rappresenta una fase riabilitativa prima del ritorno a domicilio.

Sempre in tema di quota a carico dell'ospite, si fa presente che:

- nel caso che l'ospite risulti non autosufficiente e indigente, si può disporre in genere della indennità di accompagnamento prevista per gli invalidi civili. Sarà necessario, peraltro, prevedere una via preferenziale per il riconoscimento di invalidità civile per soggetti non autosufficienti ricoverati presso RSA;

- nel caso di paziente con pensione adeguata, si può prevedere l'acquisizione di parte della pensione, ad esempio un importo massimo dell'80% della stessa fino a copertura delle spese, fatta salva la disponibilità di una quota per spese personali (ad es. L. 200.000 mensili);

- nel caso che non risultino introiti sufficienti, fermo restando quanto ai punti precedenti, la somma restante sarà a carico dei familiari o dei servizi socio-assistenziali del Comune di residenza.

La Residenza assistenziale

La Residenza assistenziale si pone al di fuori delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale. Essa si esprime attraverso diverse forme di residenzialità collettiva (case di riposo, case albergo, comunità alloggio, ecc.). È caratterizzata da diversi livelli di protezione sociale e di assistenza tutelare offerta ad anziani autosufficienti non bisognosi di assistenza sanitaria specifica.

Nella residenza assistenziale le prestazioni di medicina generale, attività infermieristiche e riabilitative sono assicurate dai servizi sanitari distrettuali.

I costi dell'ospitalità nella residenza assistenziale non sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale che assicura esclusivamente le prestazioni sanitarie erogate attraverso il distretto.