

PROGETTO OBIETTIVO "TUTELA DELLA SALUTE DEGLI ANZIANI"

«La 12^a Commissione del Senato (1)

«esaminato il "Progetto obiettivo per la tutela della salute degli anziani", presentato dal Governo ai sensi dell'articolo 53 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come da ultimo modificato dall'articolo 1 della legge 23 ottobre 1985, n. 595, osserva preliminarmente:

a) che occorre chiarire l'ambito normativo nel quale si colloca il progetto che comunque non può sostituirsi alla competenza legislativa, di programmazione e di gestione, delle regioni dovendosi tener conto, in particolare, della possibilità degli interventi socio-sanitari in sinergia con gli enti locali: in specie per quanto riguarda gli standard quali-quantitativi, la formazione del personale e le fonti di finanziamento;

b) che il progetto prevede una serie di interventi da attuare nel corso di più anni con gli obiettivi di seguito specificati:

1) organizzare la prevenzione tesa ad eliminare i fattori a rischio;

2) curare le malattie che possono portare alla perdita irreversibile dell'autosufficienza dell'anziano;

3) riabilitare tempestivamente per evitare il deterioramento e facilitare il recupero funzionale;

4) ottimizzare l'intervento globale (prevenzione, cura, riabilitazione) con l'impiego di strumenti valutativi complessi;

5) operare per una effettiva integrazione dei servizi sociali, sanitari ed assistenziali come unica risposta efficace ed efficiente ai bisogni dell'anziano;

6) configurare il distretto come sede in cui realizzare l'integrazione dei servizi;

7) favorire, ove possibile, l'integrazione dell'anziano nel suo contesto familiare, fornendo servizi e sostegni;

8) tenere conto del contributo che deriva dalla risorsa "volontariato" come disciplinato dalla legge 11 agosto 1991, n. 266, e nello spirito dell'articolo 45 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

«La 12^a Commissione,

«tenendo conto delle risorse disponibili, delle indicazioni della legge finanziaria per il 1992 e della diversità degli ambiti territoriali e delle esigenze espresse, indica la sperimentazione come metodo da seguire per la realizzazione degli interventi per il quinquennio 1992-1996.

«Individua come prioritari i seguenti obiettivi:

a) la riqualificazione dei reparti di geriatria anche con la previsione dei *day-hospital* e la realizzazione dei posti letto nel quinquennio 1992-1996 anche secondo gli impegni di spesa sulla quota dei finanziamenti per investimenti stabiliti dall'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 57, in una applicazione coerente con i criteri per la rideterminazione degli stessi posti letto (obiettivo della legge finanziaria per il 1992);

b) l'attivazione di alcuni servizi di assistenza domiciliare integrata in modo da realizzare al termine del quinquennio un modello sul quale parametrare standard di organizzazione, di assistenza, di formazione da estendere poi su tutto il territorio;

c) l'avviamento, nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata, di limitate ma ben definite sperimentazioni di spedalizzazione domiciliare per verificare quali sono le situazioni spedalizzabili a domicilio;

d) l'omogeneizzazione graduale, partendo dalle attuali normative regionali, delle Istituzioni residenziali per gli anziani che siano non in fase di acuzie ma tuttavia non autosufficienti. Nel quinquennio devono realizzarsi congiuntamente i posti definiti dal rapporto con i finanziamenti all'uopo destinati peraltro con la chiara indicazione che non

trattasi di strutture dipendenti dall'ospedale. Per la popolazione accolta nelle residenze sanitarie assistenziali devono essere definiti con particolare urgenza da subito le garanzie di tutela dal punto di vista civilistico;

e) l'organizzazione dell'U.V.G. (Unità valutativa geriatrica) come sede per l'analisi dei bisogni e per la definizione delle più corrette risposte da individuarsi nella rete integrata dei servizi a favore degli anziani in collegamento con i rimanenti servizi socio-sanitari del territorio. L'U.V.G. si colloca al crocevia tra la residenza dell'anziano, l'ospedale e le residenze sanitarie assistenziali. Il progetto tendenzialmente deve prevedere una U.V.G. per ogni distretto. All'inizio sarà indispensabile poter contare almeno su una équipe per ogni USL nel cui ambito operi un reparto di geriatria per creare esperienze formative per il personale. L'organico minimale deve prevedere un medico specializzato o specializzando in geriatria, un infermiere professionale, un assistente sociale, un tecnico della riabilitazione. Il metodo di lavoro deve essere quello della collegialità e i compiti saranno quelli della selezione dei bisogni per definire la risposta più idonea, del *follow-up*, della programmazione e del controllo della qualità dell'assistenza nella rete integrata dei servizi;

f) la formazione adeguata di tutto il personale che deve essere costantemente aggiornato sulla evoluzione dei bisogni da soddisfare. Devono essere valorizzate, in particolare nella fase iniziale, le équipes sanitarie, specie quelle che in questi anni hanno adottato modelli di assistenza per gli anziani non autosufficienti ed hanno sviluppato una adeguata cultura assistenziale e organizzativa nelle attuali strutture per gli anziani in particolare quelle delle IPAB e dei comuni;

g) la individuazione delle risorse per l'assunzione di personale medico, infermieristico e della riabilitazione dedicato alle attività per anziani, laddove le USL ne siano sprovviste anche in relazione a quanto previsto dal comma 1 dell'articolo 13 del decreto-legge 13 maggio 1991, n. 151, convertito dalla legge 12 luglio 1991, n. 202: "Provvedimenti urgenti per la finanza pubblica";

h) la previsione di una sospensione delle convenzioni con istituzioni private di assistenza per anziani non autosufficienti, che non abbiano le caratteristiche strutturali e gestionali e non siano in possesso dei requisiti indicati dall'articolo 11, comma 1, del decreto-legge 2 marzo 1989, n. 69, convertito, con modificazioni, dalla legge 27 aprile 1989, n. 154.

«La 12^a Commissione impegna il Governo

a) ad attuare, con i finanziamenti previsti, gli obiettivi di cui ai punti sopra indicati, a concludere la procedura in sede ministeriale ed a controllarne l'applicazione per consentire la costruzione delle residenze sanitarie assistenziali in sede regionale, come previsto dall'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, semplificando e accelerando le procedure per la valutazione tecnica e finanziaria dei progetti, ristrutturando anche quelle esistenti;

b) a riferire annualmente al Parlamento sullo stato di attuazione delle strategie indicate, sui finanziamenti annualmente erogati, sui risultati conseguiti in ciascuna regione e provincia autonoma, anche al fine di adeguare il progetto obiettivo a mutate esigenze e bisogni».

PARTI ESTRATTE DAL PROGETTO OBIETTIVO

Unità di valutazione geriatrica (UVG)

L'UVG è un mezzo per realizzare l'integrazione tra i servizi sociali e quelli sanitari, come gruppo multidisciplinare facente capo alla Unità operativa di geriatria con la partecipazione delle componenti integrate nell'AG (assistenza geriatrica), dove nessuno ha tutte le

risposte per tutte le domande, dove tutti in qualche modo dipendono dalla competenza altrui e dove ciò che si ottiene dall'insieme è superiore alla somma delle parti.

In fase sperimentale si potranno costituire UVG anche in alcune Unità sanitarie locali sprovviste di presidi ospedalieri specifici.

Il nucleo fondamentale dell'UVG è costituito, in armonia con i suggerimenti dell'OMS e delle più recenti esperienze internazionali in questo settore, dal geriatra, dall'infermiere professionale e dall'assistente sociale.

A questo nucleo di base si aggiungono, stabilmente o in regime di consulenza, il neurologo, l'urologo, l'ortopedico, l'oculista e lo psicogeriatra; inoltre, in rapporto alle necessità, il terapeuta occupazionale, il fisioterapista, l'audiologo, il logopedista, il podologo, il dietista.

L'Unità valutativa geriatrica è costituita, quindi, da una équipe multidisciplinare che provvede alla gestione del paziente anziano nei servizi sanitari geriatrici intra ed extraospedalieri, ispirandosi ai principi della valutazione funzionale multidimensionale. Sviluppatesi dalla fine degli anni settanta nell'America del nord in strutture diverse e con varie finalità, in risposta a differenti esigenze locali, le UVG hanno permesso di dimostrare che la metodologia di intervento adottata determina i seguenti rilevanti benefici:

1. miglioramento dello stato funzionale, dimissione anticipata, migliore collocazione alla dimissione (*Rubenstein, JAGS, 1981*);

2. più bassa mortalità a un anno, minore istituzionalizzazione, costi inferiori specie per i costi corretti per la sopravvivenza (*Rubenstein, NEJM 1984*);

3. aumento della sopravvivenza a due anni, specie degli anziani "deboli", cioè più vecchi, soli, dipendenti, cardiopatici con prevalenti problemi geriatrici e riabilitativi, non cardiopatici con prevalenti problemi internistici (*Rubenstein, J. Clin. Epidemiol. 1988*);

4. considerando cumulativamente con la meta-analisi i *trials* delle diverse UVG, è emersa una significativa riduzione della mortalità per tutti i programmi; la riduzione della mortalità è, però, più marcata nei programmi rivolti agli anziani ricoverati; le esperienze che riportano benefici più modesti, sono quelle in cui l'intervento dell'UVG è sporadico, di tipo consultivo, senza la necessaria continuità di cure (*Rubenstein, Aging 1989*);

5. più recentemente i benefici dell'intervento dell'UVG sono apparsi maggiori nei pazienti ospedalizzati portatori di malattie e menomazioni funzionali di grado moderato (*Applegate, NEJM 1990*).

In conclusione, per ottenere i massimi vantaggi è auspicabile che l'UVG posseda i seguenti requisiti:

- il "gruppo" deve essere composto da personale medico, infermieristico e assistenziale, che, a tempo pieno, parziale o in regime di consulenza, sia in grado di affrontare tutti i problemi terapeutici, riabilitativi e socioassistenziali del paziente anziano;

- il "gruppo" deve operare in strutture dotate di autonomia funzionale, per poter garantire l'intensità dell'intervento e la continuità delle cure indispensabili per il completamento del programma, eventualmente in collaborazione con altri servizi;

- il "gruppo" deve essere in grado di affiancare al tradizionale ragionamento clinico gli strumenti scientifici della valutazione funzionale multidimensionale (VMD); tale requisito è irrinunciabile poiché la caratteristica che più di ogni altra distingue la UVG è la peculiarità della sua metodologia.

Le principali attività di coordinamento dell'UVG (in riferimento anche al decreto sugli standard ospedalieri del 13 settembre 1988) sono:

- a) selezione degli anziani che hanno necessità di assistenza continuativa in regime di assistenza domiciliare integrata (ADI) o di Day-hospital riabilitativo o di strutture residenziali. La selezione va eseguita secondo criteri precisi di VDM, cioè mediante una scheda di valutazione previamente validata e somministrata in modo uniforme a tutti i soggetti eligibili. La VDM non solo permette di stabilire se l'anziano ha effettivamente

necessità di assistenza continuativa, ma anche consente di individuare l'intervento più opportuno nel singolo caso, o al momento della dimissione dall'ospedale o su richiesta per soggetti non ricoverati. Tale richiesta può provenire dal medico di medicina generale o dal Centro di ADI;

b) programmazione e controllo di qualità dell'assistenza geriatrica nella rete integrata di servizi. Queste funzioni devono essere svolte dall'UVG in collaborazione con uno o più rappresentanti dei medici di medicina generale, del Centro di ADI e delle strutture residenziali per anziani. Ciò deve realizzarsi nell'ambito di un Comitato paritetico attivato dalla USL di riferimento. Il coordinamento di tale comitato deve essere affidato al geriatra, come suggerito dall'OMS. Pertanto è auspicabile che in ogni USL vi sia almeno una UVG ospedaliera. Nel caso ciò si renda impossibile in tempi brevi, la USL può attivare, in alternativa, un servizio geriatrico specialistico ambulatoriale.

Il livello qualitativo e quantitativo del soddisfacimento della domanda in rapporto al fabbisogno deve avvenire mediante un monitoraggio continuo, possibilmente, e come linea di tendenza, attraverso l'informatizzazione di tutte le attività socio-sanitarie espletate nella rete integrata dei servizi di AG. È indispensabile, perciò, che ogni anziano dichiarato eligibile per la AG venga a regime seguito con una cartella geriatrica informatizzata.

In sintesi, il nuovo modello di assistenza geriatrica si ispira alla massima collaborazione tra servizi sanitari e sociali e tra medicina di base e specialistica. In una rete integrata di servizi, per l'ottimizzazione del risultato al medico di base va affidata la gestione sanitaria dell'ADI, degli interventi nelle strutture residenziali per anziani autosufficienti e di quelli nelle RSA per anziani non autosufficienti, sulla base delle indicazioni della UVG; all'Unità operativa geriatrica ospedaliera, di regola, quella della Spedalizzazione domiciliare ed anche, dove possibile, quella delle residenze sanitarie assistenziali, in concorso con i medici di base e i servizi territoriali.

Assistenza domiciliare integrata (ADI)

L'assistenza domiciliare integrata è un servizio incaricato di soddisfare le esigenze di tutti i soggetti aventi necessità di un'assistenza continuativa, che può variare da interventi esclusivamente di tipo sociale (pulizia dell'appartamento, invio di pasti caldi, supporto psicologico, disbrigo di pratiche amministrative, ecc.) ad interventi misti socio-sanitari (assistenza infermieristica, attività riabilitative, interventi del podologo, ecc.).

Il Centro di ADI deve lavorare in stretta collaborazione con il medico di medicina generale e con la U.V.G.

In particolare l'ADI è costituita da un complesso di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative, socio-assistenziali, rese al domicilio dell'ammalato, nel rispetto di standard minimi di prestazione in forma integrata e secondo piani individuali programmati di assistenza, definiti con la partecipazione delle figure professionali interessate al singolo caso. Il medico di medicina generale resta il punto di riferimento primario per la copertura sanitaria domiciliare dell'anziano non autosufficiente e a lui competono le decisioni in ordine agli interventi terapeutici a domicilio e nelle strutture residenziali per anziani autosufficienti, o ad esigenze di ricovero ospedaliero e l'attuazione del programma consigliato dall'Unità operativa geriatrica e dalla sua componente valutativa.

Il servizio ADI deve poter contare su una serie di appoggi, dove far confluire le richieste degli operatori e delle famiglie e le chiamate di urgenza.

Il servizio ADI è caratterizzato:

- da momenti di coordinamento collegiale per la programmazione degli interventi, le scelte delle strategie assistenziali sulle singole fattispecie e le verifiche dei risultati ottenuti;
- dal coordinamento operativo monocratico, da realizzare anche a turno, tra i responsabili delle componenti professionali appresso indicate;

- da momenti di coordinamento del lavoro tra le figure professionali coinvolte in un medesimo caso assistenziale;

- dal collegamento funzionale con i servizi della USL di più diretto interesse per gli anziani: in particolar modo con i servizi semiresidenziali (ospedale diurno, centro servizi sociosanitario) e residenziali (Residenze sanitarie assistenziali).

Il servizio ADI adotta strumenti di valutazione multidimensionale concordati con l'UVG per stabilire il livello di non autosufficienza concordati con l'UVG per stabilire il livello di non autosufficienza al fine di ottimizzare l'intervento individualizzato.

Le figure professionali che in linea di principio compongono il personale del servizio ADI, per la componente sanitaria, e che, per una migliore efficienza, debbono dare vita a nuclei permanenti fissi, sono: medico di medicina generale di libera scelta dell'assistito; infermieri professionali; terapisti della riabilitazione; assistenti sanitari (per le funzioni di coordinamento e di collegamento funzionale con altri servizi);

- per la componente socio-assistenziale: assistenti domiciliari; assistenti sociali (per le funzioni di coordinamento e di collegamento funzionale con altri servizi);

- figure eventuali, secondo necessità e ad accesso: medici specialisti; psicologo; assistente religioso; podologo; altri (per specifiche esigenze particolari).

Si appalesa indispensabile l'apporto del volontariato.

Il presente progetto-obiettivo si prefigge di assicurare attraverso l'ADI in forma congiunta le seguenti prestazioni fondamentali:

- *di tipo sanitario*: assistenza del medico di medicina generale, ai sensi della convenzione vigente; assistenza specialistica, nelle forme previste dal contratto di lavoro e dalle convenzioni vigenti; assistenza infermieristica; assistenza riabilitativa; eventuali prelievi per esami clinici; altre forme assistenziali sanitarie erogabili al domicilio (prestazioni podologiche, sostegno psicologico, ecc.); medicina specialistica;

- *di tipo socio-assistenziale*: aiuto domestico; igiene della persona; eventuale somministrazione di pasti (qualora non induca atteggiamenti di dipendenza in soggetti che potrebbero provvedervi in via autonoma o assistita); eventuale servizio di lavanderia; disbrigo di commissioni e collegamento con altri servizi sociali.

Gli standard assistenziali minimi tendenziali per assistito in media annuale che il servizio ADI deve assicurare, e sulla base dei quali sono stati determinati gli oneri del finanziamento sono i seguenti:

- 140 ore di assistenza domiciliare di tipo socio-assistenziale (aiuto domestico, pulizie personali, altre forme di assistenza);

- 100 ore di assistenza infermieristica;

- 50 ore di assistenza riabilitativa;

- 50 accessi del medico di medicina generale;

- 8 consulenze medico-specialistiche o di altri operatori (psicologo);

- altri servizi, secondo il bisogno (assistenza religiosa, podologo).

In termini di personale, la traduzione del carico di lavoro secondo le indicazioni di risultato da conseguire, porta ai seguenti valori di riferimento per il servizio ADI:

- 1 assistente domiciliare ogni 10 anziani assistiti;

- 1 infermiere professionale ogni 14 anziani assistiti;

- 1 terapeuta della riabilitazione ogni 50 anziani assistiti;

- il fabbisogno delle altre figure, essendo utilizzate anche per altri servizi, è da determinare secondo i parametri di carattere generale.

Spedalizzazione domiciliare (SD)

Per servizio di spedalizzazione domiciliare si intende l'effettuazione nel luogo di vita del malato dei principali interventi diagnostici e terapeutici normalmente possibili in ospedale, eventualmente integrati, per prestazioni particolari, da una breve presenza in ospedale

con accesso e trasporto facilitati. Tra gli interventi di *Home-care* è quello a più elevato contenuto sanitario. La spedalizzazione domiciliare costituisce funzione integrante di ogni Unità operativa geriatrica, ma essa può essere attivata anche da altre unità operative.

Si tratta di una nuova forma assistenziale raccomandata dal Consiglio d'Europa, per il tramite del Comitato per la programmazione degli interventi sanitari di Strasburgo, che viene adottata nel Servizio assistenziale nazionale, come sperimentazione a scala operativa locale, nel 10% dei casi che, a regime, si ritiene di poter trattare al domicilio e che rappresenteranno all'incirca il 5% di tutti i ricoveri attuali. Poiché i ricoveri sono al presente 9.150.000, a regime i trattamenti di spedalizzazione domiciliare potranno arrivare a 460.000. La sperimentazione riguarderà, pertanto, nel primo triennio di validità del progetto obiettivo, 46.000 casi opportunamente selezionati.

La spedalizzazione domiciliare consiste nel trattenere a casa persone bisognose di ricovero ospedaliero, o nel rinviare precocemente a casa persone spedalizzate, per un proseguimento di cure al domicilio, sotto la responsabilità assistenziale diretta del presidio ospedaliero, il quale opera tramite proprio personale o con la collaborazione, funzionalmente guidata, del personale dei servizi territoriali.

La condizione necessaria per poter sperimentare la spedalizzazione domiciliare è la presenza di familiari al domicilio dei pazienti e l'esistenza di sufficienti garanzie per il mantenimento nell'ambiente domestico dei livelli di cura ospedaliera.

La spedalizzazione domiciliare si appalesa particolarmente utile per un programma di tutela della salute degli anziani, specialmente quando ricorrono le seguenti condizioni:

- malati anziani con riacutizzazione di patologie croniche, dimessi precocemente dopo il primo trattamento, per evitare gli effetti negativi di una prolungata degenza ospedaliera;
- malati con grave compromissione generale per patologie di tipo evolutivo che richiederebbero ricoveri ospedalieri periodici per controlli e trattamenti speciali;
- pazienti che in seguito ad interventi mutilanti (laringectomizzati, colostomizzati, ecc.) richiedono assistenza medica, rieducativa, psicologica, per il reinserimento socio-familiare;
- malati in fase terminale che si trovano in grave disagio fisico e psichico in ambiente ospedaliero.

Le occorrenze al domicilio per poter assicurare la spedalizzazione domiciliare concernono:

- ausili per la deambulazione e per le funzioni fisiologiche;
- erogatori di ossigeno;
- piantane per fleboclisi;
- piccoli aspiratori;
- respiratori ambu, ecc.;
- collegamento telefonico con l'ospedale.

Quando occorra sarà necessario prevedere anche forme di aiuto domestico alle famiglie per la pulizia del malato, l'alimentazione, e di aiuto indiretto di tipo economico (pasti, contributi in denaro, ecc.).

Vengono ritenuti, altresì, necessari per attivare la sperimentazione:

- la reperibilità nell'arco delle 24 ore di almeno 1 infermiere ed 1 medico;
- lo svolgimento di un tirocinio di formazione per la preparazione del personale da impiegare nella sperimentazione;
- lo svolgimento di riunioni di équipe per predisporre e, all'occorrenza adattare, i piani di lavoro;
- una segreteria per l'accoglimento delle segnalazioni e delle domande di spedalizzazione domiciliare, che sia anche sede del servizio di guardia per le emergenze, che svolga le funzioni logistiche di approvvigionamento dei materiali, di invio e di ritiro degli accertamenti di laboratorio, che fornisca assistenza nel trasporto all'ospedale o nel

rientro a casa, che provveda all'apertura e alla tenuta delle cartelle cliniche, che raccolga ed elabori dati statistici.

La spedalizzazione domiciliare è prevista in media annua per una durata di 40 giorni a paziente, che possono prolungarsi a 60 giorni con eventuali rientri in spedalizzazione domiciliare per ripetizione di trattamenti.

La spedalizzazione domiciliare assicura di regola le seguenti prestazioni:

- due ore di presenza infermieristica giornaliera, distribuite secondo le necessità nelle 24 ore;

- un passaggio giornaliero, in media, del medico curante, che può essere, a seconda del modello organizzativo in sperimentazione, o un medico ospedaliero o un medico di medicina generale dei servizi territoriali operante in collegamento funzionale con la divisione ospedaliera geriatrica o con altra divisione di riferimento;

- il collegamento permanente 24 ore su 24 con l'équipe ospedaliera preposta alla spedalizzazione domiciliare per situazioni di emergenza necessitanti di intervento urgente;

- la possibilità di consulenze specialistiche specifiche;

- l'educazione sanitaria ai familiari per una migliore assistenza ed un adeguato rapporto con il paziente ospedalizzato a casa.

Le prestazioni di cui sopra si intendono al netto dei tempi di spostamento del personale di assistenza.

Le esperienze sinora compiute hanno dimostrato che si tratta di una forma assistenziale con indubbi vantaggi per i pazienti, che può risultare gradita ed essere preferita anche dai familiari rispetto al ricovero ospedaliero. Anche in termini economici la spedalizzazione domiciliare, più onerosa in sé, si dimostra conveniente nei confronti della degenza in presidio ospedaliero.

Residenze sanitarie assistenziali (RSA)

Costituiscono una forma di risposta alle situazioni di bisogno sanitario di persone ultrasessantacinquenni non autosufficienti o a grave rischio di non autosufficienza, che, per ragioni molteplici, non possono essere assistite nelle forme e con le modalità in precedenza descritte e che inopportuno sono state finora, o sono tuttora, ricoverati in ospedale. L'articolo 20 della legge 67 del 1988 stabilisce l'obbligo di realizzare, con il piano straordinario di investimenti, 140.000 posti in residenze di questo tipo. Infatti, secondo le stime citate in premessa, la domanda complessiva di strutture residenziali interessa al presente il 4-5% degli ultrasessantacinquenni, vale a dire tra 280.000 e 350.000 persone, con punte di richiesta sino all'8% nell'Italia settentrionale. Considerando l'invecchiamento progressivo della popolazione e il tempo di realizzazione delle opere edilizie pubbliche, lo standard -traguardo per la metà degli anni '90 - può essere fissato per allora attorno al 6% degli ultrasessantacinquenni.

La differenza tra il fabbisogno complessivo e la previsione dell'articolo 20 è coperta dalle strutture residenziali pubbliche già attivate, da una quota sensibile di residenze private convenzionate o convenzionande purché rispettose degli standard fissati dal presente progetto-obiettivo. Allo scopo si può anche provvedere alla trasformazione in RSA di parte delle attuali case e residenze protette.

La denominazione di "residenza sanitaria assistenziale" è stata preferita rispetto ad altre dizioni perché l'aggettivo "sanitaria" sottolinea che si tratta di una struttura propria del Servizio sanitario nazionale, a valenza sanitaria, di tipo extra ospedaliero (residenza), la cui gestione è finanziabile con il fondo sanitario nazionale e di cui le USL possono garantire direttamente la gestione; l'aggettivo "assistenziale" rimarca che la residenza ha anche una valenza socio-assistenziale inscindibilmente connessa alla valenza sanitaria, il che legittima l'impiego da parte del Servizio sanitario nazionale di figure professionali di tipo sociale, in assenza di assegnazioni da parte degli enti locali, con assunzione degli

oneri relativi, sia pure sotto obbligo di contabilizzazione separata. Questa soluzione consente di far decollare ovunque le RSA, ad opera delle regioni e delle USL in attuazione del presente piano sanitario, superando i ritardi di iniziative, la mancanza di risorse e la carenza di figure professionali specifiche nella grandissima parte dei Comuni italiani, il che ha impedito sinora di realizzare strutture integrate di questo tipo.

Le RSA operano in collegamento con una o più Unità ospedaliera, preferibilmente geriatriche; non sono dotate di organici medici autonomi, avvalendosi di quelli delle unità ospedaliere di riferimento. L'esperienza internazionale individua nel personale dirigente dei servizi infermieristici la figura professionale residente cui affidare la conduzione gestionale della struttura. Quando nel territorio sia operante una UVG a questa competono le ammissioni dei ricoverati.

Le RSA devono essere realizzate tipologicamente secondo quanto prescritto dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 22 dicembre 1989 "Atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle regioni e province autonome concernente la realizzazione di strutture residenziali per anziani non autosufficienti non assistibili a domicilio o nei servizi semiresidenziali".

Unità operativa geriatrica

La divisione di geriatria non deve essere un duplicato della divisione di medicina. Essa si differenzia non solo per la tipologia dei pazienti ma per la preparazione professionale ad indirizzo gerontologico e geriatrico del personale, compreso quello infermieristico e tecnico; per una diversa tipologia edilizia, che deve essere adeguata alla esigenza dei pazienti; per la presenza necessitata di strutture di riabilitazione; per il coordinamento ordinario nell'ambito della UVG con i servizi territoriali per la realizzazione delle dimissioni programmate, dei programmi di assistenza geriatrica nelle RSA o negli ospedali diurni, della spedalizzazione o dell'assistenza domiciliare.

Interventi prioritari per gli anziani non autosufficienti

1. Istituire le Unità di valutazione geriatriche presso le divisioni di geriatria attualmente esistenti e, in fase sperimentale, in alcune Unità sanitarie locali, sprovviste di presidi specifici all'uopo coordinando l'attività delle figure professionali da coinvolgere nella iniziativa.

2. Attivare o potenziare i servizi di "Assistenza domiciliare integrata" (ADI) in modo da assistere al termine del quinquennio almeno il 2% degli anziani ultrasessantacinquenni non ospitati in RSA, che siano non autosufficienti, parzialmente autosufficienti o a grave rischio di invalidità, come tale considerando in ragione dell'età tutti gli ultrasessantacinquenni; per un complessivo di 140.000 unità. L'obiettivo di 140.000 anziani assistiti in ADI va conseguito in progressione annuale, con i seguenti traguardi intermedi nel primo triennio: 10-15.000 assistiti nel 1991 (2); 1520.000 nel 1992; 20-25.000 nel 1993 in rapporto alla minore o maggiore partecipazione degli enti locali all'onere della componente socio-assistenziale dell'ADI. Il costo dell'ADI per assistito è di lire 12.400.000 annui, di cui lire 9.000.000 per la parte sanitaria e lire 3.400.000 per la parte socio-assistenziale, con una spesa globale annua di 135 miliardi nel 1991, di 180 miliardi nel 1992 e di 225 miliardi nel 1993.

3. Attivare in via di sperimentazione la "Spedalizzazione domiciliare" (SD) nel 10% dei casi spedalizzabili a regime (il 5% dei ricoveri totali) per un numero di casi, al termine del quinquennio di validità del piano, di 46.000 casi l'anno. L'obiettivo va conseguito in progressione annuale a partire dal 1992, destinando il 1991 a messa a punto del modello organizzativo e dei protocolli di assistenza da sperimentare, con i seguenti traguardi intermedi: 6.000 nel 1992; 12.000 nel 1993. La durata media della spedalizzazione domiciliare è di 60 giorni l'anno per paziente, compresi i rientri in spedalizzazione

domiciliare. Il costo della spedalizzazione domiciliare per caso è valutato il lire 5.300.000, con una spesa globale annua di 32 miliardi nel 1992 e di 64 miliardi nel 1993.

4. Realizzare nel triennio 1991-1993, con le risorse di cui all'art. 20 della legge 11 marzo 1988 n. 67, la prima quota di "residenze sanitarie assistenziali" (RSA), da destinare, a regime, al 2% degli ultrasessantacinquenni (140.000 persone), per un totale di 30.000 posti residenziali ripartiti in linea di indirizzo: per il 60% per anziani non autosufficienti; per il 25% per anziani parzialmente autosufficienti; per il 15% per anziani autosufficienti ad alto rischio di invalidità. Il costo di gestione è valutato in lire 27 milioni annui per posto residenziale, con oneri effettivi a partire dal 1993 in rapporto al numero di posti residenziali nel frattempo realizzati ed attivati. L'entità dell'onere da sostenere sarà determinato in rapporto al grado effettivo di realizzazione delle opere strutturali.

5. Coprire una parte del fabbisogno di RSA per anziani con il ricorso al privato sociale convenzionato che accetti gli standard del Piano sanitario nazionale, per un totale di 10.000 posti residenziali al termine del quinquennio, da ripartire in linea di indirizzo con le stesse proporzioni previste per le RSA pubbliche. L'obiettivo di 10.000 posti residenziali convenzionati va conseguito in progressione annuale, con i seguenti traguardi intermedi nel prossimo triennio: 2.000 posti nel 1991; 3.000 posti nel 1992; 5.000 posti nel 1993. Il costo di gestione è pari a quello calcolato per le RSA pubbliche, vale a dire 37 milioni annui per posto residenziale, con una spesa globale annua di 74 miliardi nel 1991; di 111 miliardi nel 1992; di 185 miliardi nel 1993.

Finanziamenti previsti (2)

Funzione	Anno		
	1992 (3)	1993	1994
- Ass. dom. integrata	135	180	225
- Spedalizzazione dom.	-	32	64
- RSA pubbliche (spese di gestione)	-	-	(4)
- RSA convenzionate	74	111	185
- Interventi vari di carattere generale nel settore assistenziale	-	-	20
- Educazione sanitaria	-	12	12
- Formazione	10	10	10
- Osservatori	-	1	2
- Sistema informativo	-	1	-
TOTALE	219	367	518

(1) Identica risoluzione è stata approvata dalla Camera dei deputati in data 30 gennaio 1992.

(2) Tutti i tempi slittano di un anno, compresi quelli riportati nei punti successivi (n.d.r.).

(3) I finanziamenti per il 1992 sono stati deliberati dal CIPE in data 31 gennaio 1992.

(4) L'entità dell'onere da sostenere sarà determinato in rapporto al grado effettivo di realizzazione delle opere.