

Il Documento LEA sulle prestazioni residenziali e semiresidenziali per anziani

Enrico Brizioli

Direzione Generale dell'Istituto S. Stefano, Ancona

La commissione LEA, a seguito di un lungo lavoro istruttorio, ha approvato nel maggio 2007 un documento di riordino e classificazione delle prestazioni residenziali (www.ministerosalute.it/imgs/C_17_publicazioni_646_allegato.pdf).

La difficoltà del lavoro è stata essenzialmente dovuta al fatto che il sistema residenziale, sviluppatosi in Italia a seguito delle previsioni dell'art. 20 della legge finanziaria del 1988, ha avuto una crescita rapida ma disordinata, con forti disomogeneità regionali e con livelli di tutela e di offerta non sempre adeguati.

Alla base di questi problemi c'è probabilmente l'assenza di una regolamentazione nazionale di questo settore, che pure registra ormai un numero di posti letto superiore a quelli ospedalieri.

Con l'obiettivo di colmare questi vuoti, la Commissione LEA è stata chiamata a produrre un documento di indirizzo che fornisse elementi per la corretta individuazione delle prestazioni all'interno del perimetro di copertura del SSN. È stato quindi affrontato il tema della definizione di "prestazioni residenziali" che sono rivolte a situazioni in cui coesistono, con diversa graduazione ed interconnessione, il problema della non autosufficienza e della non assistibilità a domicilio. I due parametri non sono assoluti ed esclusivi in quanto una persona gravemente non autosufficiente può risultare assistibile a domicilio in particolari condizioni di supporto familiare e di assistenza domiciliare; viceversa, una persona anche parzialmente non autosufficiente può risultare non assistibile a domicilio in assenza di un supporto familiare adeguato. In ogni caso, l'opzione residenziale va considerata come una subordinata rispetto ad una adeguata organizzazione dell'assistenza a domicilio e, contestualmente, come un diritto per tutti coloro per i quali l'opzione domiciliare non sia praticabile.

DEFINIZIONE DI PRESTAZIONE RESIDENZIALE

Si intende per prestazione residenziale e semiresidenziale il complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e socio-sanitarie erogate a soggetti non autosufficienti, non assistibili a domicilio all'interno di idonei "nuclei" accreditati per la specifica funzione. La prestazione non si configura come un singolo atto assistenziale ma come il complesso di prestazioni di carattere sanitario, tutelare, assistenziale e alberghiero erogate nell'arco delle 24 ore.

Altro tema rilevante è quello della appropriata graduazione dell'impegno assistenziale, che deve essere tarato essenzialmente sui diversi bisogni sanitari dell'ospite assumendo che ogni struttura deve comunque essere in grado di gestire in modo adeguato, per tutti gli ospiti, il problema della non autosufficienza e gli aspetti di cura della persona, rispetto della dignità e socializzazione.

Sebbene questo approccio possa apparire scontato, la realtà è che troppe regioni hanno focalizzato solo sulla "misura" della non autosufficienza le griglie di accesso e la gradazione delle cure. La commissione ha invece condiviso l'idea di andare oltre la semplice applicazione di una scala ADL, prevedendo che ogni paziente venga valutato con uno strumento di Valutazione Multidimensionale (VMD) validato in grado di guidare la costruzione di un piano di assistenza e di produrre un indice sintetico di case-mix assistenziale, capace di leggere bisogni sanitari e fragilità e di tradurli in standard assistenziali.

Gli strumenti individuati dalla commissione per la valutazione degli anziani sono quelli testati dal Mattone n. 12

e proposti come base per il nuovo flusso informativo della residenzialità: VAOR-RUG/SVAMA/SOSIA/AGED. La graduazione dell'impegno assistenziale, che viene valutato sul paziente attraverso gli strumenti di VMD indicati, comporta differenti livelli di intensità di cure che sono stati semplificati in quattro tipologie di prestazioni identificate con i medesimi codici di attività individuati dal Mattone n. 12. La scelta dei "codici" consente di non interferire con le diverse classificazioni e nomenclature regionali esistenti; appare tuttavia evidente come le prestazioni R1 siano riconducibili a nuclei speciali per pazienti in stato vegetativo, le prestazioni R2 siano riconducibili al modello di RSA adottato dalla maggioranza delle regioni, le prestazioni R2 D siano riferibili ai Nuclei Speciali Alzheimer, le prestazioni R3 siano riferibili alla tipologia "Residenza Protetta". Più semplice la classificazione delle prestazioni semiresidenziali riferite ai Centri Diurni generici (SR) e ai Centri Diurni Alzheimer (SRD) (Tab. 1).

Una parte rilevante della discussione è stata dedicata alla rilettura delle prestazioni residenziali nell'ambito di un modello integrato di continuità di cure.

A giudizio della commissione, le cure residenziali si collocano, in parallelo con quelle domiciliari, lungo un percorso di Acuzie/Post-acuzie/Cronicità che individua precisi livelli di assistenza e di appropriatezza. La post-acuzie è di competenza del sistema della riabilitazione/lun-

godegenza, mentre la gestione delle problematiche assistenziali nei quadri di relativa stabilità è di pertinenza del sistema residenziale. È evidente che moduli di riabilitazione intensiva e di lungodegenza possono essere realizzati anche in strutture extra-ospedaliere, purché dotate dei necessari requisiti impiantistici e diagnostici, oltre che degli standard assistenziali. In ogni caso, i moduli residenziali di riabilitazione post-acuzie devono avere percorsi autorizzativi, standard, protocolli, flussi informativi del tutto autonomi e distinti dalle strutture residenziali destinate alla semplice assistenza a medio-lungo termine della persona non autosufficiente. L'utilizzo del flusso SDO e dei codici 56 e 60, anche in sede extra-ospedaliere, sono la base per questa differenziazione, mentre la gradazione su più livelli di intensità di cura e di finalità terapeutiche è la base per inquadrare in modo corretto la riabilitazione estensiva.

Chiarita la possibile confusione con le prestazioni di riabilitazione, un contributo fondamentale del documento è riferito alla caratterizzazione delle prestazioni residenziali identificabili come intensive ed estensive, piuttosto che di mantenimento.

In questo ambito il concetto di "intensività" non può essere riferito ad una fase temporale predefinita del trattamento, ma all'entità delle risorse sanitarie necessarie per garantire una adeguata assistenza, anche nel lungo termine. La identificazione delle 4 tipologie di

Tabella 1 - Classificazione delle prestazioni residenziali per anziani e codici di attività.

Codice	Descrizione
R1	Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Intensive) a pazienti non autosufficienti richiedenti trattamenti intensivi, essenziali per il supporto alle funzioni vitali come ad esempio: ventilazione meccanica e assistenza, nutrizione enterale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (tipologie di utenti: stati vegetativi o coma prolungato, pazienti con gravi insufficienze respiratorie, pazienti affetti da malattie neurodegenerative progressive, ecc.).
R2	Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Estensive) a pazienti non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione enterale, lesioni da decubito profonde, ecc.
R2D	Prestazioni erogate in nuclei specializzati (<i>Nuclei Alzheimer</i>) a pazienti con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente "protetico".
R3	Prestazioni di lungoassistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, erogate a pazienti non autosufficienti con bassa necessità di tutela Sanitaria (Unità di Cure Residenziali di Mantenimento).
SR	Prestazioni Semiresidenziali – Trattamenti di mantenimento per anziani erogate in centri diurni.
SRD	Prestazioni Semiresidenziali Demenze – Prestazioni di cure estensive erogate in centri diurni a pazienti con demenza senile che richiedono trattamenti di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale.

QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO AMMINISTRATIVO

prestazioni residenziali (R1, R2, R2D, R3) e di 2 delle prestazioni semiresidenziali (SR e SRD), consente quindi di definire sottolivelli di assistenza che individuano le cure intensive (R1), quelle estensive (R2, R2D, SRD) e quelle di mantenimento (R3, SR).

Questa classificazione, che appare rilevante anche in un'ottica di partecipazione alla spesa, consente lo sviluppo di standard qualificanti del servizio che fissano, almeno in via generale, l'apporto quali-quantitativo di assistenza prevista per ogni nucleo (Tab. 2).

La commissione ha inoltre individuato una serie di indicatori di verifica che, associati al flusso informativo che si svilupperà con l'attuazione del progetto Mattoni, potrà consentire il monitoraggio nel tempo di questo livello di assistenza (Tab. 3).

Con maggiore difficoltà la commissione si è mossa sul fronte della quantificazione di standard ottimali di offerta. A fronte di una situazione di partenza che vede un'offerta media nazionale di 20-25 posti letto per 1.000 anziani (contro una media Europea di 50), si registrano infatti forti disomogeneità regionali distribuite secondo un gradiente Nord-Sud (Tab. 4).

Anche se il dato ISTAT 2003 è oggi sicuramente superato, riteniamo che il differenziale non sia certamente colmato. Tuttavia, la forte disomogeneità regionale, la marcata dipendenza tra questo livello di offerta e i servizi alternativi, l'assenza di un flusso informativo, hanno portato la commissione ad evitare per il momento l'individuazione di uno standard di offerta preordinato. Al solo fine di stimare la spesa a regime, è stata effettuata una stima calcolata su un ipotetico obiettivo, di circa 40 posti letto per 1.000 anziani, che porterebbe la spesa per l'assistenza residenziale agli anziani sopra i 12 miliardi di euro, di cui almeno 7 in carico al FSN. Poiché l'attuale spesa in carico al FSN è stimabile nell'ordine dei 2,5 miliardi di euro, un sistema a regime con questi rapporti di partecipazione alla spesa comporterebbe maggiori oneri di circa 5 miliardi di euro per la sola assistenza agli anziani. Il problema non si pone per le Regioni che sono già su quei livelli di offerta, ma per quelle che dovrebbero colmarli.

È evidente quindi che la criticità del LEA residenziale, una volta chiariti i contenuti prestazionali, sia oggi riferibile alle risorse necessarie per garantire in modo unifor-

Tabella 2 - Standard qualificanti la prestazione.

Prestazioni*	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: 120 minuti/die per nucleo Infermiere h 12 Assistenza globale > 140 min Assistenza infermieristica > 36 min
R3	Assistenza medica: 80 minuti/die per nucleo Infermiere h 8 Assistenza globale > 100 min Assistenza infermieristica > 20 min
SR	Staff: Infermiere, OSS, Animazione Assistenza globale > 50 min
SRD	Staff: Infermiere, OSS, Psicologo Terapia cognitiva e orientamento Assistenza globale > 80 min

Tabella 3 - Indicatori di verifica.

Prestazioni*	Indicatori
R1	- Numero posti letto per 1.000 anziani - Numero di assistiti - Tasso occupazione annuo medio - N. pazienti in lista di attesa - Durata media attesa
R2	- Numero posti letto per 1.000 anziani - Numero di assistiti - Tasso occupazione annuo medio - N. pazienti in lista di attesa - Durata media attesa
R2D	- Numero posti letto per 1.000 anziani - N. pazienti in lista di attesa - Durata media attesa
R3	- Numero posti letto per 1.000 anziani - N. pazienti in lista di attesa - Durata media attesa
SR	- Numero posti letto per 1.000 anziani - N. pazienti in lista di attesa - Durata media attesa
SRD	- Numero posti letto per 1.000 anziani - N. pazienti in lista di attesa - Durata media attesa

Tabella 4 - Dati ISTAT su offerta di posti letto residenziali in Italia.

	P	Popolazione	PL × 1.000	Popolazione > 64	PL × 1.000
Valle D'Aosta	884	12.0909	7,31	23.433	37,72
Piemonte	35.286	4.231.134	8,34	916.000	38,52
Liguria	6.500	1.572.197	4,13	409.211	15,88
Lombardia	53.000	9.108.645	5,82	1.693.000	31,31
Veneto	31.522	4.577.408	6,89	847.005	37,22
Trentino	10.717	950.475	11,28	162.310	66,03
Friuli Venezia Giulia	9.155	1.191.500	7,68	258.283	35,45
Emilia Romagna	24.454	4.030.220	6,07	908.950	26,90
Toscana	12.820	3.516.296	3,65	801.081	16,00
Marche	6.575	1.484.601	4,43	327.113	20,10
Umbria	2.387	834.210	2,86	192.017	12,43
Lazio	9.662	5.145.805	1,88	948.604	10,19
Abruzzo	4.177	1.273.284	3,28	264.791	15,77
Molise	1.252	321.044	3,90	68.568	18,26
Campania	3.939	5.725.098	0,69	835.353	4,72
Puglia	5.738	4.023.957	1,43	656.548	8,74
Basilicata	718	596.821	1,20	113.496	6,33
Calabria	2.154	2.007.392	1,07	349.729	6,16
Sicilia	7.547	4.972.124	1,52	857.125	8,81
Sardegna	3.184	1.637.639	1,94	268.701	11,85
Italia	231.671	57.320.759	4,04	10.901.318	21,25

me le prestazioni su tutto il territorio nazionale, con standard adeguati e con criteri coerenti di partecipazione alla spesa. Queste risorse possono essere reperite in parte attraverso un'azione di medio periodo di ulteriore riorganizzazione della rete ospedaliera, in parte attraverso la creazione di un fondo integrativo. Tuttavia, anche nel caso di coesistenza di più fondi, la gestione del sistema con autorizzazioni, regole e percorsi dovrà rimanere, a mio avviso, in capo ad un unico soggetto regolatore.

BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

- Bernabei R. Lo Strumento di Valutazione VAOR per RSA. Progetto Finalizzato Invecchiamento, CNR Roma 1995.
- Brizioli E, Bernabei R, Grechi F, Masera F, Landi F, Bandinelli S, Cavazzini C, Gangemi S, Ferrucci L. Nursing home case-mix instruments: validation of the RUG-III system in Italy. *Aging Clin Exp Res* 2003; 15(3):243-53.
- Brizioli E. La Remunerazione delle prestazioni residenziali. In: Falcitelli e Langiano. La remunerazione delle prestazioni sanitarie, Il Mulino, Bologna 2006:177-202.
- Carpenter I, Perry M, Challis D, Hope K. Identification of registered nursing care of residents in English nursing homes using the Minimum Data Set Res-

ident Assessment Instrument (MDS/RAI) and Resource Utilisation Groups version III (RUG-III). *Age and Ageing* 2003; 32(3):279-85.

Comas-Herrera A, Wittemberg R. European Study of Long Term Care Expenditure. Report to the European Commission ESA DG dp 1840, 2003.

Ferrucci L, Marchionni N e il Gruppo di lavoro sulla Valutazione Multidimensionale. Linee Guida sull'utilizzazione della Valutazione Multidimensionale per l'Anziano Fragile nella Rete dei Servizi. *G Gerontol* 2001; 49:1-76.

Francesconi P, Cantini E, Bavazzano E, Lauretani F, Bandinelli S, Buiatti E, Ferrucci L. Classification of residents in nursing homes in Tuscany (Italy) using Resource Utilization Groups Version III (RUG-III). *Aging Clin Exp Res* 2006; 18(2):133-40.

Fries BE, Schneider DP, Foley WJ, Gavazzi M, Burke R, Cornelius E. Refining a case-mix measure for nursing homes: Resource Utilisation Groups (RUG-III). *Med Care* 1994; 32: 668-85.

Hawes C, Morris J, Phillips C, Fries B, Murphy K, Mor V. Development of the nursing home Residents Assessment Instrument in the USA. *Age Ageing* 1997; 27(2):19-25.

ISTAT. L'assistenza residenziale in Italia: regioni a confronto, Anno 2003

Trabucchi M, Brizioli E, Pesaresi F. Residenze Sanitarie per Anziani. Edizioni il Mulino, Bologna 2002.

Wittemberg R, Pickard L, Comas-Herrera A. Demand for long-term care: projections of long-term care finance for elderly people. PSSRU: University of Kent (<http://www.pssru.ac.uk>) 1998.

Wittemberg R, Comas-Herrera A, Pickard L, Hancock R. Future Demand for Long-Term Care in the UK. A Summary of Projections of Long-Term Care Finance for Older People to 2051, Joseph Rowntree Foundation, York 2004.