

Uno strumento di lavoro per gestire razionalmente le liste d'accesso alle RSA

*Fausta Podavitte, Carmelo Scarcella, Emma Mattana, Marcho Trabucchi**

ASL di Brescia

* Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

INTRODUZIONE

L'invecchiamento della popolazione ed il riflesso che tale fenomeno ha oggi sui bisogni assistenziali per gli anziani compromessi in modo significativo nell'autonomia crea una spaccatura fra quantità di servizi disponibili e richieste di accesso ad essi. Benché la Lombardia sia ricca di unità di offerta, non esiste oggi corrispondenza fra domanda ed offerta, poiché la prima evolve più rapidamente delle reali possibilità di ampliamento della rete.

Proprio il fatto che la Lombardia disponga di un numero di servizi, e di una loro tipologia di gran lunga superiore ad altre regioni d'Italia, richiede di mettere in atto strategie organizzative mirate ad un uso razionale, competente ed originale di tali risorse, poiché non è pensabile attendersi un rapido ampliamento della rete, anche considerando il quadro nazionale delle politiche per la non autosufficienza.

L'ASL di Brescia si caratterizza sia per la presenza di una ricca e diversificata rete di servizi per anziani non autosufficienti, sia per il particolare ruolo di regia assunto da anni, con l'intento di governare il delicato equilibrio domanda/offerta e di assicurare un'alta qualità non solo dei servizi, ma anche per il supporto ad anziani e loro familiari.

Le RSA sono, e di fatto dovranno sempre più essere, il segmento della rete geriatrica elettivamente rivolto agli anziani più compromessi e/o privi di supporti familiari sufficienti, un'alternativa alla domiciliarità quando il sistema di protezione non è più adeguato.

Nell'ASL sono attive ben 86 RSA accreditate con la disponibilità di n. 5.985 posti letto, che giungono a 6.415 comprendendo anche quelli solo autorizzati.

Quarantacinque strutture hanno aderito al progetto di gestione territoriale della lista unica di accesso alle RSA come "azione responsabile" verso gli anziani e le loro famiglie.

Per meglio comprendere le motivazioni che hanno sostenuto la scelta dell'ASL di assumersi un ruolo chiave nella gestione della lista di ingresso è opportuno fornire un quadro dell'evoluzione rapida della domanda di accesso alle RSA, oltre che una fotografia attuale dell'ospite tipo delle strutture residenziali, ben diverso da quello di non molti anni fa.

L'OSPITE TIPO DI RSA E L'EVOLUZIONE DELLA DOMANDA DI INGRESSO

Nel 2006 i 5.989 posti letto accreditati delle RSA bresciane sono stati occupati da n. 8.243 ospiti, con un turn over del 37,64%. Le persone che accedono alle RSA sono significativamente compromesse nell'autonomia, portatori di grave comorbidità e sempre più anziani: il 61% ha una dipendenza completa nella deambulazione, il 73% presenta una comorbidità di grado severo (da 5 a 7 patologie) e l'86% è portatore di patologia psichiatrico-comportamentale.

Le classi S.OS.I.A (Scheda di Osservazione Intermedia Assistenza) sono il sistema di valutazione della fragilità dell'ospite in uso in Lombardia per le RSA, con una diversificazione per livelli di gravità dalla classe I (più gravi) alla classe 8 (meno gravi).

Le classi determinano la quota giornaliera del fondo sanitario regionale erogata alle RSA, oltre che l'assistenza da garantire all'ospite. I restanti costi sono a carico di anziano/familiari o del Comune di residenza, se indigente,

MATERIALI DI LAVORO

attraverso una retta a giornata definita dalle RSA (la retta media bresciana nel 2006 è stata di € 39,00).

La tabella 1 evidenzia l'evoluzione dal 2004 al 2006 delle condizioni di salute degli ospiti delle RSA, dimostrando un progressivo aggravamento delle condizioni cliniche. Le classi 1-3 sono infatti quelle in cui è avvenuto il maggior incremento, a fronte di una diminuzione di ospiti in classe 6 e 8.

La tabella 2 evidenzia un trend in crescita costante della domanda di accesso alle RSA, passando da 718 persone in attesa nel 2000 alle 2.153 dei primi 9 mesi del 2007 e il conseguente allungamento nei tempi medi di attesa di ingresso passando da 44 giorni del 1999 ai 125 dei primi nove mesi del 2007. Questi dati confermano il fenomeno nazionale di invecchiamento della popolazione ed il progressivo aggravamento delle condizioni cliniche e di non autonomia delle persone anziane, accompagnate dalla crescente condizione di solitudine, causata in particolare dalla riduzione di dimensione del nucleo familiare.

Una buona organizzazione deve chiedersi se esiste una strategia per gestire con oculatezza questo fenomeno, non lasciandolo al caso e soddisfacendo la domanda nel rispetto della gravità della singola situazione. Inoltre si deve chiedere se è possibile soddisfare comunque i bisogni della popolazione, evitando un grave disagio sociale, a fronte di un non aumento delle risorse disponibili.

UN MODELLO PER LA GESTIONE RAZIONALE DELLE LISTE DI ATTESA

I principi base su cui si fonda il modello, già ampiamente sperimentato e verificato, poiché attivo dal 1999, sono:

1. la presenza di un accordo sostanziale fra ASL ed Enti gestori di RSA, espresso attraverso un protocollo di intesa, sulla modalità di attivazione e gestione della lista unica di ingresso in struttura;
2. la definizione ed applicazione di un regolamento di gestione degli ingressi basato su sistemi di valutazione della gravità del singolo caso, comprensiva sia del quadro sanitario sia di quello sociale. Tale valutazione premia il bisogno effettivo anziché la data di presentazione della domanda, elementi non sempre in corrispondenza;
3. la presa d'atto ed il rispetto della libera scelta della struttura da parte del richiedente, attraverso il sistema della preferenza, che permette di mantenere la posizione in lista per la RSA di gradimento anche quando viene scelta transitoriamente un'altra struttura, perché disponibile di posto letto.

I principi sintetizzati e l'intero impianto organizzativo sono attuabili grazie a tre presupposti presenti nell'ASL:

1. il funzionamento dal 1999 di équipes territoriali denominate Unità di Continuità Assistenziale Multidi-

Tabella 1 - Evoluzione nel tempo delle condizioni di gravità degli ospiti delle RSA della provincia di Brescia.

Classe SoSIA	Pazienti al gennaio 2004	Pazienti al dicembre 2006
Classe 1	26,61%	29,49% (+)
Classe 2	4,13%	3,53%
Classe 3	28,47%	32,82% (+)
Classe 4	3,85%	3,63%
Classe 5	4,84%	5,71%
Classe 6	9,05%	2,73% (-)
Classe 7	14,88%	15,46
Classe 8	8,16%	6,62% (-)

Tabella 2 - Numero persone in lista d'attesa per l'entrata in RSA e numero giorni di attesa.

Anno	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Gen-Set 2007
Totale persone in lista d'attesa	504	718	935	1.262	1.476	1.479	1.644	1.974	2.153
Giorni medi di attesa	44	61,7	89,8	61,3	77,3	64,8	76,6	106,4	125,61

mensionale (UCAM, in precedenza denominate unità di valutazione multidimensionale), aventi il ruolo di accogliere ogni richiesta di intervento da parte di cittadini non autosufficienti o loro familiari e di supportarli nel decodificare i reali bisogni, proponendo le soluzioni più idonee fra quelle disponibili; il tutto in tempi rapidi (prima risposta entro 3 gg lavorativi).

Queste équipes garantiscono il loro intervento anche per la gestione della lista di ingresso in RSA, definendo il quadro complessivo dell'anziano ed effettuando il monitoraggio delle situazioni nella fase di attesa del posto letto. In questo modo è possibile offrire servizi alternativi e ricollocare in posizione nuova in lista la persona aggravatasi;

2. la regia e gestione della rete dei Servizi da parte dell'ASL. Ciò permette alla UCAM di individuare e proporre anche servizi alternativi alla residenzialità, garantendo sia una risposta al richiedente sia l'appropriatezza nell'uso delle unità d'offerta locali;
3. la presenza di una forte rete di cure domiciliari in grado di garantire la vita nella propria abitazione anche a persone assai compromesse, sovrapponibili per quadro clinico agli ospiti di RSA, ma con il supporto familiare. Attraverso le cure domiciliari, erogate da soggetti accreditati pubblici/privati, fra i quali anche articolazioni dell'ASL, si garantisce al domicilio la presenza di un medico, infermiere, riabilitatore, OSS/ASA, in sinergia con MMG, a seconda delle necessità, ed anche il fine settimana, e con la reperibilità sino alle ore 20. Inoltre sono garantiti: respirazione assistita, alimentazione artificiale ed ausili protesici.

QUALI VANTAGGI PER I PROTAGONISTI DEL PROCESSO

I principali vantaggi per gli attori coinvolti nella gestione dell'ingresso in RSA sono così riassumibili:

Per gli anziani e le loro famiglie

- La semplificazione delle procedure, con la presentazione di una sola domanda di ingresso in RSA.
- Il supporto delle UCAM nella scelta di interventi "sostitutivi" nella fase di attesa di un posto letto.
- La rivalutazione tempestiva in caso di modifica della situazione pre-ingresso.
- Il sostegno delle UCAM alla famiglia e preparazione alla separazione determinata dall'istituzionalizzazione.

Per le RSA

- La riduzione dell'impegno amministrativo nella gestione degli ingressi; viene meno la necessità di chiamare le persone in attesa sino ad ottenere un assenso. Le UCAM infatti forniscono immediatamente il nominativo della persona già preparata all'ingresso in struttura.
- La rapidità dei tempi di occupazione dei posti letto.
- La conoscenza del quadro dell'ospite precedentemente l'ingresso e la preparazione dell'accoglienza.

Per le ASL

- Disponibilità di una banca dati ricca di informazioni puntuali ed aggiornate sull'utenza.
- Un buon governo della relazione domanda/offerta.
- La garanzia di appropriatezza nell'uso dei servizi.
- La soddisfazione ed il gradimento del servizio da parte delle famiglie.

MODALITÀ DI ATTRIBUZIONE DEL PUNTEGGIO

Come in precedenza accennato, le aree valutate per l'attribuzione dei punteggi ai fini dell'ingresso in RSA sono due:

- a. *punteggio sanitario che comprende:*
 - la valutazione funzionale dell'autosufficienza
 - i disturbi di comportamento
 - gli aspetti psico-sensoriali
- b. *punteggio sociale che comprende:*
 - la situazione abitativa
 - la gestione degli atti quotidiani della vita
 - il supporto familiare

Nella tabella 3 sono riportati gli items e i relativi pesi utilizzati per la determinazione del punteggio funzionale e sociale.

Questi items permettono di fatto una valutazione multidimensionale completa ed esaustiva da parte delle UCAM, andando a sondare i reali bisogni, le condizioni oggettive di anziano e famiglia, e facendo sì che la precedenza di ingresso sia per "gravità".

La tabella 4 evidenzia la correlazione fra punteggi di gravità e tempi di attesa per l'ingresso in RSA dimostrando che, pur di fronte ad una crescita vertiginosa delle domande (2.153 del 2007), le persone in condizioni critiche entrano in 3 giorni, e che il 66,9% degli anziani entra in 90 giorni in struttura a fronte di una media di attesa di 125,61 giorni.

Tabella 3 - Elementi per l'attribuzione dei punteggi ai fini dell'ingresso in RSA.

VALUTAZIONE AUTOSUFFICIENZA	Punteggio funzionale				
	Dipendenza Completa	Dipendenza Grave	Dipendenza Moderata	Dipendenza Lieve	Autosufficienza
Deambulazione	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
Scale	(2)	(1.5)	(1)	(0.5)	(0)
Trasferimento letto/sedia	(2)	(1.5)	(1)	(0.5)	(0)
Uso del WC	(2)	(1.5)	(1)	(0.5)	(0)
Continenza intestinale	(2)	(1.5)	(1)	(0.5)	(0)
Continenza urinaria	(2)	(1.5)	(1)	(0.5)	(0)
Alimentazione	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
Vestirsi	(2)	(1.5)	(1)	(0.5)	(0)
Igiene personale	(2)	(1.5)	(1)	(0.5)	(0)
Bagno/Doccia	(2)	(1.5)	(1)	(0.5)	(0)
DISTURBI DI COMPORTAMENTO	Grave	Moderato	Lieve	Assente	
Confusione	(8)	(5)	(2)	(0)	
Irritabilità	(4)	(3)	(1)	(0)	
Irrequietezza	(4)	(3)	(1)	(0)	
ASPETTI SENSORIALI	Assente	Limitata	Integra		
Vista	(6)	(3)	(0)		
Udito	(4)	(2)	(0)		
ASPETTI SOCIO-AMBIENTALI	Punteggio sociale				
	Non Problematico	Problematico	Gravemente Problematico		
Isolamento abitazione	(0)	(1)	(2)		
Stato manutenzione alloggio	(0)	(2)	(4)		
Igienicità alloggio	(0)	(2)	(4)		
Riscaldamento	(0)	(2)	(4)		
Servizi igienici	(0)	(2)	(4)		
Barriere architettoniche	(0)	(2)	(4)		
Problemi economici	(0)	(2)	(4)		
Gestione alimentare	(0)	(2)	(4)		
Gestione della vita quotidiana	(0)	(3)	(6)		
Problemi relazionali	(0)	(2)	(4)		
Supporto familiare: quantità	(0)	(2)	(4)		
Supporto familiare: qualità	(0)	(3)	(6)		

L'obiettivo guida di questo modello organizzativo è ispirato dalla necessità di un uso razionale delle risorse locali, attraverso strumenti qualificati, oltre che rispettosi ed improntati all'umanità, evitando il caos che sorge quando le richieste sono gestite solo in base alla loro data di presentazione.

Il risultato oggettivo è evidente: nei territori in cui è in funzione la lista unica le persone sono soddisfatte e si

sentono "protette", anche in un contesto di domande in costante crescita.

Grazie al sistema informativo costruito in ASL per il settore Anziani-Cure Domiciliari, si è in possesso, nei territori a lista unica di ingresso in RSA, di molti dati significativi, determinanti ai fini di un buon governo locale. La tabella 5 mostra, ad esempio, la percentuale di inserimento dei nuovi iscritti in lista nei primi 9 mesi

Tabella 4 - Rapporto tra durata dell'attesa per il ricovero in lista d'attesa e punteggio funzionale e sociale.

Numero giorni tra la data della domanda e l'inserimento in RSA	Media punteggio sanitario	Media punteggio sociale	Media punteggio totale
Entro 3 giorni	28,22	25,85	54,07
Da 4 a 30 giorni	28,31	22,69	51,00
Da 31 a 90 giorni	26,39	22,19	48,58
Da 91 a 180 giorni	23,16	20,56	43,71
Da 181 a 360 giorni	23,00	17,28	40,28
Oltre 360 giorni	18,59	17,48	36,06

Tabella 5 - Percentuale di anziani ricoverati in RSA per classi di gravità Sosia.

	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5	Classe 6	Classe 7	Classe 8	Totale
Campione nuovi iscritti in lista di attesa RSA gennaio-settembre 2007	178	120	380	241	30	54	171	194	1.368
Inseriti in RSA al 30 settembre 2007	77	46	104	67	6	16	32	40	388
	43,26%	38,33%	27,37%	27,80%	20,00%	29,63%	18,71%	20,62%	28,36%

del 2007, suddivisi per classi SOSIA. Viene dimostrata la collocazione nelle classi più gravi di un numero alto di nuovi ospiti (43,26% nella classe 1), a conferma ancora una volta della precedenza della gravità nell'accesso alla residenzialità.

L'impegno delle équipes ASL per la garanzia della continuità di cura (UCAM) nella gestione delle liste di ingresso in RSA, e l'utilizzo del Sosia per la valutazione pre ingresso e per il monitoraggio nel periodo di attesa, hanno un'ulteriore importante ricaduta organizzativa, cioè la quasi totale assenza di discrepanze fra valutazione dei medici di RSA, aventi la responsabilità di certificare Sosia ai fini rendicontativi e remunerativi, ed esiti dei controlli ASL sul 10% degli ospiti di ogni struttura da attuare ogni anno, come indicato dalla Regione Lombardia.

CONCLUSIONI

Ancora per molti anni assisteremo al fenomeno dell'invecchiamento della popolazione e, nel futuro pros-

simo, dovremo fronteggiare i problemi di salute e la perdita dell'autonomia che colpisce un numero elevato di persone, in particolare nel corso degli ultimi dieci anni di vita.

La società italiana non può affrontare il tema della non autosufficienza puntando solo su un incremento di posti letto in strutture protette quali le RSA, scelta non compatibile con l'economia e non rispondente da sola alla pluralità di bisogni degli anziani.

Una di queste azioni, attuata dall'ASL di Brescia, consiste nell'assumersi la responsabilità di un uso corretto dei posti letto di cui si dispone, attraverso criteri oggettivi e validati, con la consapevolezza che, come ogni risorsa preziosa, non vada mal usata e sprecata.

I risultati di questo progetto, in funzione dal 1999, sono considerevoli su vari fronti, non ultimo il livello di soddisfazione dei fruitori delle RSA.

Le sfide che ci attendono sono ancora molte e vanno combattute con coraggio, intelligenza, senso di responsabilità e lungimiranza.