

Chiave di ripartizione del personale assistenziale in casa per anziani 2010 - 2015

Introduzione

La proiezione dei dati demografici del Cantone Ticino al 2020, indica un costante aumento della percentuale degli ultra-ottuagenari; questa è associata all'aumento della percentuale degli anziani necessitanti assistenza nelle attività della vita quotidiana. Negli istituti per anziani, il grado di dipendenza dei residenti è aumentato nel corso degli anni: al 31.12.2003 si registrava nel nostro Cantone una percentuale di residenti in casa per anziani con "necessità d'assistenza totale e continuativa" pari al 68.56% (somma dei gradi 3 e 4) passata al 72.60%¹ in cinque anni (31.12.2008). Questa realtà socio-demografica obbliga a stabilire, come già rilevato dall'UMC nel novembre 2005, "il livello di qualità assistenziale che s'intende garantire ai residenti". Nello specifico, questo dipende dalla numerosità e dalle competenze professionali degli operatori. A differenza del 2005, la nuova direttiva sulla dotazione del personale ingloba non solo le figure professionali di classica formazione sanitaria, ma si estende anche alle figure professionali di più tipica formazione sociale. Questo perché il paradigma di riferimento si è arricchito nel tempo: il contesto istituzionale non è più inteso come il luogo per la cura di deficit funzionali e/o psichici, ma anche come l'ambiente atto a promuovere le potenziali/residue capacità dei residenti. Questo approccio si traduce in un ampliamento per la persona anziana della possibilità di compiere ancora delle scelte, cioè di essere ancora protagonista attivo della propria vita, anche in età molto avanzata ed in situazioni di limitazione di risorse funzionali e psichiche. In questo contesto, il classico concetto di "fare animazione" si deve arricchire di contenuti per permettere alle persone di uscire dalla loro solitudine per ritrovarsi in un piccolo collettivo vivibile.

Sono esclusi da questa direttiva i medici e gli altri professionisti il cui intervento in casa per anziani è di natura puntuale, o comunque non sistematico.

Situazione attuale

La Direttiva del 2005 prescriveva agli Istituti, per il periodo 2005 – 2009, la seguente chiave di ripartizione:

| Formazioni sanitarie di livello terziario e secondario | Altre formazioni di livello secondario |
|--|---|
| 40% Sezione A | 60% Sezione B |
| 75% Sezione A1 25% Sezione A2 e A3 | 80% Sezione B1, B2 e B3 20% Sezione B4 |

¹ Dati USTAT

| Stesura | | Verifica e liberazione | | Stato revisione | |
|------------|--------|------------------------|------------|-----------------|-----|
| Data: | Visto: | Data: | Visto: | Versione: 01 | |
| 23.12.2009 | GMV | 30.12.2009 | GM/ADB/GMV | 23.12.2009 | ADB |
| | | | | 28.12.2009 | GB |
| | | | | 29.12.2009 | FB |
| Nome file: | | | | Pagina 1 di 6 | |

Questa ripartizione considerava già l'introduzione della nuova figura professionale dell'Operatore/trice Socio Sanitario/a (OSS) e prevedeva, entro il mese di dicembre del 2009, la rivalutazione degli elementi critici della sua applicazione.

Oggi possiamo affermare che la ripartizione tra Sezione A e Sezione B come sopra rappresentata è raggiunta a livello di media cantonale. La sezione A si caratterizza tuttavia per una percentuale di personale curante "A1" leggermente superiore a quanto prescritto: questo fattore è riconducibile sia al ritardo nell'introduzione sul mercato del lavoro delle/gli OSS, rispetto al calendario previsto nel 2003, sia ad una disponibilità di OSS inferiore in numero a quanto inizialmente atteso². All'interno della Sezione B la percentuale del personale "B4" è del 5% circa superiore a quanto prescritto.

Alcuni aspetti del contesto attuale meritano di essere segnalati nell'ambito della presente rivalutazione della ripartizione del personale:

- Nel quinquennio di riferimento d'applicazione della vigente Direttiva sul personale di casa anziani non vi sono state, da parte delle direzioni degli istituti, critiche sull'applicazione del modello di calcolo né sulla tipologia degli operatori sanitari inclusi nel fabbisogno teorico, con la sola eccezione del settore della riabilitazione e dell'animazione.
- Nel 2008 è stato condotto in Ticino uno studio multicentrico sulla prevalenza di MRSA³ negli istituti a lunga degenza, i cui risultati mostrano una prevalenza media apprezzabilmente inferiore a quella svizzera, sicuramente attribuibile in parte alle buone prassi igieniche adottate dal personale curante. Di riflesso, si può desumere che la ripartizione attuale consente un'assistenza sanitaria di qualità ai residenti in istituti di lungodegenza (dal punto di vista dell'aspetto indagato).
- Nel corso del 2009 è stata realizzata in 4 istituti, in collaborazione con la SUPSI, una rilevazione sul grado di soddisfazione degli anziani in istituto e dei loro familiari. L'analisi dei risultati, seppur limitata, dimostra che le annotazioni critiche sul personale curante non riguardano la dotazione complessiva, né la ripartizione delle figure professionali, ma piuttosto aspetti organizzativi riconducibili alla turnistica. Mentre per contro, sia i residenti sia i familiari auspicano un intervento quantitativamente e qualitativamente più marcato nei settori della riabilitazione e dell'animazione.
- In questi ultimi cinque anni sono state attivate in diversi istituti, le cosiddette unità abitative terapeutiche dedicate all'assistenza di anziani affetti da deficit cognitivi, in particolare da demenza (i cosiddetti "reparti Alzheimer"). Diversi sono gli istituti per anziani che hanno realizzato, o stanno progettando unità di questo tipo. L'attività di questi reparti si dimostra efficace nell'assistenza di questi anziani a condizione che l'istituto abbia aderito ad una filosofia di cura appropriata (Gentle Care[®], Validation[®], stimolazione basale,...) e che il personale curante e terapeutico sia stato adeguatamente formato.
- Alla fine del 2009 si conclude il primo ciclo di studi per infermieri, fisioterapisti ed ergoterapisti presso la SUPSI, con la consegna del bachelor. Rileviamo che dal punto di vista operativo queste figure professionali sono equiparabili –e di fatto equiparate- alle omologhe figure professionali formate presso altre scuole (SSSCI, SSMT). L'arrivo sul mercato del lavoro di questi nuovi diplomati non comporterà novità operative.
- A partire dal 2010 è prevista l'attivazione di un nuovo ciclo di studi di livello terziario B (SSS), che si concluderà col diploma di "Specialista d'attivazione". Tale formazione è indirizzata anche agli animatori/trici di case anziani. È auspicabile che a medio-lungo termine questa figura professionale sia in possesso di questo titolo di formazione.

² Riconducibile al fatto che molti studenti decidono di continuare gli studi al termine della formazione OSS.

³ Staphylococcus Aureus resistente alla meticillina (MRSA)

Chiave di ripartizione 2010 - 2015

In considerazione di quanto sopra e di comune accordo con l'Ufficio anziani e il direttivo ARODEMS, l'Ufficio del medico cantonale non ritiene utile, né necessario, apportare dei correttivi sostanziali alla chiave di ripartizione del personale curante. Ne deriva che questa Direttiva ricalca quella precedente, **con una modifica all'interno della sezione A e la creazione di una "sezione C"**. Quest'ultima sezione raggruppa le figure professionali dei fisio e ergoterapisti e, a medio-lungo termine, la figura dello specialista d'attivazione.

A partire dal 2010, dando tempo un anno agli istituti per adeguare l'organico, la chiave di ripartizione per tutti gli istituti per anziani sarà quindi la seguente:

PERSONALE ASSISTENZIALE

ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA

| Sezione A | Sezione B |
|--|--|
| Dotazione personale e suddivisione figure professionali | |
| 40% del personale curante totale effettivo suddiviso in: 60% - 70% Sezione A1 40% - 30% Sezione A2 e A3 | 60% del personale curante totale effettivo suddiviso in: 80% Sezione B1, B2 e B3 20% Sezione B4 |

FISIOTERAPIA E ERGOTERAPIA

| Sezione C |
|--|
| Dotazione personale e suddivisione figure professionali |
| 1.7 % del totale posti letto effettivi 100% Sezione C1 e C2 (min. 0,5 UTP fisioterapista per istituti ≥ 59 letti) |

DESCRIZIONE DELLE SEZIONI (vedi schema riassuntivo allegato)

Sezione A

Rispetto alla precedente Direttiva è prevista l'opportunità di poter aumentare fino al 15% il personale afferente alle categorie A2+A3; questo per offrire l'opportunità agli istituti di mantenere lo *status quo*, oppure d'aumentare il numero di OSS in funzione dell'offerta del mercato

del lavoro, della propria politica aziendale e della filosofia delle cure, dato un **minimo inderogabile del 60% di operatori sanitari di tipo A1 nella sezione A.**

Sezione B

Il personale di tipo B4 (ausiliari di cura CRS – 120h) **non potrà superare il 20% dell'intera sezione B.** A differenza del passato, una persona in possesso del certificato di "Collaboratrice sanitaria CRS – 120 h" potrà essere assunta all'interno del contingente della sezione B4, indipendentemente dall'età solo se vi è ancora un margine quantitativo all'interno di questo settore. In caso d'esubero quantitativo di questo personale al momento dell'entrata in vigore della presente Direttiva, la struttura dovrà risanare il contingente nell'ambito della normale rotazione del personale.

Si evidenzia che per il calcolo della percentuale di personale curante totale che determina le sezioni A e B sono escluse le seguenti figure professionali:

1. il/la responsabile del settore curante (o capo cura);
2. il/la capo reparto, capo équipe o infermiere specialista clinico in geriatria, nella misura del 20% (0,2 UTP), se ha compiti di formatore (allievi, apprendisti e stagiaires) e/o di amministratore (turnistica, introduzione nuovi progetti – implementazione RAI©, ecc.);
3. allievi, apprendisti e stagiaires;

Sezione C

Con decorrenza 1.01.2010 la dotazione degli operatori sanitari di fisio- e ergoterapista è definita in base all'1,7% dei posti letto effettivi di ogni singola struttura. Per i prossimi 5 anni è data facoltà ad ogni Istituto di decidere la suddivisione di tale percentuale tra queste due figure professionali. **Gli istituti con un numero di letti ≥ 59 , dovranno garantire che almeno il 50% di queste risorse siano rappresentate da un fisioterapista.**

Le prestazioni di fisio- e ergoterapia possono essere erogate anche da personale esterno alle strutture, a condizione che siano rispettati i tempi e le suddivisioni previste. Il controllo sull'utilizzo delle risorse in questo settore sarà effettuato a consuntivo.

Per ogni istituto è attesa una **distribuzione del tempo lavorativo** di queste figure professionali diviso in tre aree:

1. *Cure dirette (indicativamente ~40% del tempo di lavoro)*: questa voce include la sola cura che è prestata in modo esclusivo al paziente nell'ambito di un rapporto di 1:1. La prestazione è finalizzata ad uno scopo prestabilito di prevenzione e/o cura. Per il calcolo sono state ipotizzate 28 prestazioni annuali di 25 minuti l'una per ospite.
2. *Attività di gruppo (indicativamente ~45% del tempo di lavoro)*: in queste ore lavorative sono incluse alternativamente attività di gruppo con ospiti, ma anche attività di coordinamento e/o formative con e verso gli altri operatori sanitari tese a migliorare la presa a carico multidisciplinare dell'utente e il raggiungimento degli obiettivi di cura stabiliti per questi.
3. *Coordinamento (indicativamente ~15% del tempo di lavoro)*: in questa voce è considerato il tempo necessario per lo svolgimento delle pratiche amministrative. Sono stati stimati 45 minuti annui per ospite per la partecipazione alla compilazione della valutazione RAI© e il tempo necessario per la compilazione della cartella sanitaria e lo svolgimento di pratiche amministrative a questa legate.

Tra le aree d'attività "*Cure dirette*" e "*Attività di gruppo*" è consentito un travaso di tempo lavorativo, che comunque a consuntivo non dovrà essere superiore al 10% del valore dato indica-

tivamente sopra. La percentuale indicativa di tempo lavorativo assegnata a "Coordinamento" non dovrebbe essere modificabile

Animazione

Riteniamo utile sensibilizzare fin d'ora le direzioni ai prossimi passi d'adeguamento del personale assistenziale. In questo ambito prevediamo a medio-lungo termine l'introduzione della/lo Specialista d'attivazione, nuova figura professionale che dovrà trovare sempre maggiore riscontro. Questa formazione verrà attivata in Ticino a partire dall'autunno 2010 (iscrizioni primavera 2010) presso la Scuola superiore medico-tecnica a Lugano e intende proporsi, almeno per il primo corso, a quelle persone che già lavorano nel settore dell'animazione e che hanno già una formazione professionale. Lo Specialista d'attivazione è un professionista che *"sceglie la forma di terapia adeguata (terapia individuale, terapia di gruppo), l'impiego di attività terapeutiche e la procedura metodica specifica e allestisce un piano per la terapia, concertato con tutte le persone coinvolte. La/lo Specialista d'attivazione dipl. SSS si prepara sistematicamente all'attuazione del piano di terapia e pone il mantenimento delle risorse dei clienti al centro delle misure della terapia d'attivazione...La/lo Specialista d'attivazione dipl. SSS collabora in modo intra- e interprofessionale con altre persone coinvolte, operatori e servizi dei settori di lavoro e professionali coinvolti...La/lo Specialista d'attivazione dipl. SSS crea autonomamente oppure in collaborazione con i servizi e le persone incaricati le condizioni quadro strutturali necessarie al settore attivazione [...]. La/lo Specialista d'attivazione dipl. SSS garantisce il flusso d'informazioni all'interno del team del settore attivazione come pure con gli altri operatori coinvolti nella terapia, nelle cure e nell'assistenza. Essa/egli integra nella propria pianificazione le competenze multidisciplinari delle altre categorie professionali"*⁴

Conclusioni

L'ingresso in una casa per anziani è uno dei momenti più delicati e difficili dell'intera vita di un individuo, sia per le ripercussioni sull'equilibrio della persona, che ricorre a questa soluzione per fronteggiare una situazione di bisogno, spesso non per una scelta personale, e sia perché rappresenta un cambiamento radicale di vita che interviene a modificare completamente tutte le principali coordinate di spazio, di tempo e di abitudini a cui ciascuno fa riferimento nella propria quotidianità⁵. L'adozione dei metodi della valutazione geriatrica multidimensionale, quale ad esempio il RAI© ha introdotto indiscutibili benefici sul piano dell'efficacia degli interventi terapeutici e riabilitativi, ma racchiude in sé il rischio di rafforzare una concezione della vecchiaia come somma di carenze fisiche e mentali; spostando l'attenzione dalla valorizzazione delle capacità residue alla quantificazione delle incapacità, spingendo l'anziano verso quello che Hall (1980) definisce come "il circolo vizioso della dipendenza". Quando l'organizzazione delle residenze per anziani è a forte "impronta ospedaliera" (vige lo sguardo clinico) sarà dunque inevitabile per i residenti assumere il ruolo di malati. Per evitare ai residenti la prospettiva di una sopravvivenza passiva è necessario invece che l'istituzione persegua l'obiettivo di sviluppare le loro capacità residue, stimolandoli a conservare il più a lungo possibile la loro indipendenza. Il contesto istituzionale deve pertanto essere organizzato non soltanto per curare deficit funzionali, ma anche per promuovere le situazioni atte a potenziare le capacità dei residenti. Questo si traduce in un ampliamento per la persona della possibilità di compiere delle scelte, cioè di essere ancora protagonista attivo della propria vita, anche in età molto avanzata ed in situazioni di limitazione delle risorse personali. Ne deriva che oltre alla cura è necessario progettare una presa a carico personalizzata che permetta all'anziano fragile di partecipare a una vita sociale nuova con lo scopo di ritrovare coesione, legami e

⁴ Programma quadro per il ciclo di formazione d'attivazione per l'ottenimento del diploma della/dello Specialista d'attivazione dipl. SSS (OdASanté, Berna, 4 luglio 2008)

⁵ Animazione protetta per anziani residenti in strutture protette. Agata Troja:
http://www.redadultosmayores.com.ar/docsPDF/Bibliografia/Regiones%20Italia/animazione_motoria_per_anziani_Italia.pdf

voglia di appartenere a qualcosa⁶. La musicoterapia, la riattivazione cognitiva, sono alcuni esempi di terapie atte a far riacquistare fiducia in sé stessi e nella vita.

La “Chiave di ripartizione per il personale curante” del periodo 2005-2009 mirava a stabilire un organico di personale curante che permettesse di erogare prestazioni sanitarie in sicurezza e nel rispetto dei requisiti essenziali di qualità. Questa visione ha permesso di assistere adeguatamente persone anziane dipendenti con polipatologie croniche anche complesse, di evitare molte ospedalizzazioni a seguito di riacutizzazioni di queste patologie o all’apparizione in forma acuta di nuove patologie, ma con una visione prettamente “curativa”. I dati raccolti al termine di questo periodo permettono di sostenere che questo obiettivo è stato sostanzialmente raggiunto e che oggi la qualità delle prestazioni erogate nelle case per anziani risponde alle regole dell’arte delle cure e ai requisiti essenziali di qualità. Ma questo approccio ha pure evidenziato la parzialità della presa a carico della persona istituzionalizzata e la necessità di valorizzare specifiche risorse fisiche e relazionali dei residenti. In quest’ambito s’inserisce la riflessione del potenziamento delle due figure professionali di fisio- e ergoterapista e, nel prossimo futuro, del terapeuta di attivazione; figura professionale, quest’ultima, il cui obiettivo è di facilitare lo sviluppo di nuove competenze nella persona anziana e/o mantenere attive le competenze residue.

Bellinzona, dicembre 2009

⁶ L’animazione come funzione di qualità nei servizi alla persona. *Franco Floris - Direttore Rivista "Animazione Sociale"* (<http://www.provincia.cremona.it/servizi/ops/files/documenti/20060316141827.pdf>)