

Chiave di ripartizione del personale curante in casa per anziani

Introduzione e obiettivi

La proiezione al 2020 degli attuali dati demografico-epidemiologici lascia intravedere un aumento della percentuale degli ultra-ottuagenari che toccherà il 7,1% della popolazione svizzera ed il raddoppio della percentuale degli anziani necessitanti assistenza nelle attività della vita quotidiana¹. A sostegno delle proiezioni future è utile ricordare l'attuale grado di dipendenza dei residenti nelle case per anziani. Nel 2003 si registrava nel nostro cantone un grado di dipendenza dei residenti in casa per anziani del 70,36% (somma dei gradi 3 e 4, definiti come "necessità d'assistenza totale e continuativa"²). Questa valutazione eseguita finora per il tramite della griglia Paillard, sarà nei prossimi anni sostituita dallo strumento di misura denominato RAI® (*Resident Assessment Instrument*).

In generale sappiamo dalla letteratura scientifica che negli individui di età superiore ai 75 anni la fragilità, le polipatologie ed i deficit funzionali aumentano in modo esponenziale. Di conseguenza aumenta la necessità di cure socioassistenziali di base, così come di cure infermieristiche complesse.

Risulta pertanto indispensabile, nell'ottica di una programmazione delle risposte ai bisogni e tenendo conto delle risorse limitate, definire il livello di qualità assistenziale che s'intende garantire ai residenti. Tra i fondamentali parametri di qualità troviamo quello della dotazione del personale curante. Con la dicitura "personale curante" intendiamo tutto il personale dedicato all'attività regolare di assistenza socio-sanitaria in ambito residenziale, ad eccezione dei medici e di altri professionisti il cui intervento è di natura puntuale, o comunque irregolare.

Molte professioni, che si rifanno a diversi percorsi storici e concettuali, compongono oggi la famiglia del "personale curante", pilastro di base per ogni casa per anziani. Definire il livello di qualità assistenziale significa anche chinarsi sulla composizione di questa famiglia. Significa cioè chiarire quale percentuale lavorativa va attribuita a quale specifica professione. E' questo l'obiettivo del presente rapporto.

Aspetti normativi

Nello Stato federale elvetico, la competenza in ambito di organizzazione sanitaria compete ai Cantoni, che legiferano di conseguenza. La legge sanitaria cantonale del 18 aprile 1989 rappresenta il dispositivo normativo basilare del funzionamento del sistema sanitario del nostro Cantone. Esso regola anche le case per anziani, talvolta dette anacronisticamente "medicalizzate" per suggellarne lo statuto di istituto di cura, in contrapposizione alle case di riposo degli

¹ Contributo della STiMeGer alla definizione del fabbisogno di strutture geriatriche nel panorama sanitario ticinese e proposte per un concetto organico di geriatria ospedaliera del 09.2003

² DSS – SSEAS – Ufficio anziani. Dati aggregati ospiti e personale GLOBALE – Consuntivo 2003

Stesura		Verifica e liberazione		Stato revisione	
Data:	Visto:	Data:	Visto:	Versione: 03	
15.11.2004	AA	IC	22.11.2005	22.11.2005	A DB/AA +consultazione
Nome file: f:\dos\umc\ufficio\info istituti cura\2005\direz_0507_allegati.doc					Pagina 1 di 7

anni '80. Dal 1989 tuttavia la legge sanitaria prevede solo case "medicalizzate" e dunque tutte le case per anziani hanno una forte componente sanitaria e devono rispettare precisi requisiti di qualità emanati dallo Stato. Un primo elenco di requisiti minimi di qualità da ottemperare è stato varato dallo Stato nel 1993. Un secondo elenco, che in parte ha aggiornato il primo ed in parte lo ha esteso ed esplicitato, è stato emanato nel 2003.

Con la *Direttiva concernente i requisiti essenziali di qualità per gli istituti di cura per anziani* pubblicata dal medico cantonale il 15 dicembre 2003 sono stati definiti con maggior precisione anche i criteri minimi relativi alla dotazione del personale curante. L'elenco dei requisiti essenziali di qualità del 2003 prevede tre gruppi di criteri, conformemente ai concetti di qualità definiti dalla scuola di Donabedian: il gruppo dei requisiti strutturali (es.: S7 = requisito strutturale 7), dei requisiti procedurali e dei requisiti di risultato.

A proposito del personale curante, vanno in particolare rilevati i seguenti requisiti:

- S7: Dotazione del personale curante (metodo per il calcolo del fabbisogno di personale di cura);
- S8: Responsabile delle cure infermieristiche;
- S9: Infermiere clinico in geriatria;
- S10: Copertura turni lavorativi;
- S11: Qualifiche del personale curante.

Il calcolo, attualmente in vigore, della dotazione del personale (S7), si fonda sul grado di dipendenza del residente, misurato con la griglia di "Paillard". Questo metodo, in uso da oltre un decennio, è ben radicato nelle case per anziani, ma sarà prossimamente sostituito dal metodo di valutazione multidimensionale dell'anziano denominato RAI®, introdotto nel corso del 2005 negli istituti sussidiati. In futuro, il calcolo del fabbisogno di personale curante in casa anziani avverrà con questo strumento.

Riferendoci alle qualifiche del personale curante (S11) va dapprima detto che gli ultimi due decenni hanno prodotto una folta compagine di nuove professioni socio-sanitarie. Tanta frenesia è probabilmente causa - e al tempo stesso conseguenza - di riforme concettuali volte a precisare i profili professionali, ma parimenti crea un universo poco armonioso di professioni e di professionisti alla ricerca di un loro collocamento, ruolo e valore di mercato. Da notare anche i diversi livelli istituzionali (confederazione, cantoni, associazioni non governative) responsabili per il rilascio dei diplomi. L'allegato 1 propone, sottoforma di tabella sinottica, l'inventario di queste diverse professioni, unitamente ad alcuni parametri comparativi.

Da segnalare in particolare l'introduzione della nuova professione sanitaria di "Operatore Socio Sanitario" – detto anche OSS (FaGe in tedesco, "*Fachperson Gesundheit*") - quale diversificazione delle figure professionali competenti ad erogare prestazioni sanitarie. Trattandosi di una nuova formazione (regolata dalla Confederazione e che si conclude con un certificato di capacità), è presto per prevederne l'impatto sul mercato del lavoro. Tuttavia, le esperienze condotte da tempo in altri Cantoni suggeriscono un forte interesse nei giovani per questa professione. L'OSS agisce, in ambito di cure infermieristiche, su delega infermieristica: questa figura potrà risultare perciò un prezioso supporto complementare agli infermieri nella cura dei residenti in casa per anziani. Inoltre l'iter formativo dell'OSS prevede l'acquisizione di conoscenze specifiche in ambito alberghiero ed amministrativo: ciò permetterà alle case anziani di avvantaggiarsi ulteriormente di questa nuova figura professionale, la cui introduzione avrà certamente un impatto sulla chiave di ripartizione del personale curante, come mostrano i Cantoni che già dispongono di OSS.

Al fine di garantire la sicurezza del residente ed un'adeguata qualità delle cure, evitando approcci troppo eterogenei legati alla dotazione del personale, l'Ufficio del medico cantonale propone l'utilizzo della seguente chiave di ripartizione.

Chiave di ripartizione attuale e futura

La raccomandazione della chiave di ripartizione del personale curante va letta facendo riferimento all'allegato 1. Va sottolineato il carattere mutevole della dotazione del personale, che dipende direttamente dal livello di qualità delle cure che una società si dà e, perciò, dalla disponibilità di risorse finanziarie e umane. Per questa ragione, e tenendo conto dell'evoluzione in corso soprattutto a livello di figure professionali, così come degli scenari demografici futuri, raccomandiamo una chiave di ripartizione attuale e una futura, così da inserire la riflessione in un asse temporale.

Dal calcolo del fabbisogno (S7) devono poi essere escluse diverse figure professionali che agiscono prevalentemente a livello gestionale e non a livello di cure dirette al residente, quali:

- il responsabile del settore curante (o capo cura);
- il 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 – RAI, ecc.);
- allievi, apprendisti e stagiaires;
- il personale terapeutico e di animazione (sezione C della tabella allegata).

La tabella 1 riporta in sintesi la raccomandazione per l'attuale chiave di ripartizione del personale curante nelle case per anziani del Cantone Ticino, indipendentemente dal tipo di finanziamento delle stesse.

Tabella 1: Raccomandazione per la chiave di ripartizione 2006 - 2009

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

La ripartizione sopra riportata (40% - 60%) rappresenta un indirizzo strategico, e non può tenere conto di tutte le situazioni, di realtà particolari (ad esempio aspetti architettonici complessi che determinano percorrenze lunghe: es.: casa anziani composta da due stabili). Per queste situazioni è possibile richiedere una variazione di + 5% del fabbisogno di personale curante.

Occorre inoltre precisare l'interpretazione del criterio S11 della direttiva del Medico cantonale del 15 dicembre 2003 relativo al paragrafo ausiliari di cura (Sezione B4 della tabella allegata), nel modo seguente:

"Le persone che hanno frequentato il corso collaboratore sanitario CRS (120 ore), possono essere assunte se hanno più di 40 anni. Per tutti gli altri casi, al momento dell'assunzione deve essere stabilito nel contratto l'impegno a seguire l'apprendistato OSS o assistente di cura (1. anno dell'apprendistato OSS) entro tre anni dall'assunzione.

In qualsiasi caso il totale di ausiliari di cura deve rappresentare al massimo 1/5 del personale descritto nella Sezione B".

A medio – lungo termine la chiave di ripartizione del personale curante nelle case per anziani si orienterà in questo modo:

Tabella 2: Raccomandazione chiave di ripartizione dal 2010

Formazioni sanitarie di livello terziario e secondario II	Altre formazioni di livello secondario II
50% Sezione A	50% Sezione B
50% Sezione A1 50% Sezione A2 e A3	80% Sezione B1, B2 e B3 20% Sezione B4

La tabella 2 evidenzia una proiezione prudente e si basa su due presupposti ideali: una disponibilità finanziaria simile ad oggi e un impatto medio della nuova categoria professionale OSS. Qualora uno di questi due parametri dovesse subire sensibili modifiche, la tabella 2 andrebbe rivista. Il significato che attribuiamo a questa tabella è dunque quello di disegnare uno scenario probabile, quale punto di riferimento per il futuro.

La chiave di ripartizione introdotta (tabella 1) dovrà essere oggetto di un'attenta valutazione, al più tardi entro il mese di dicembre del 2009 dovranno essere raccolti tutti gli elementi critici della sua applicazione. Nel frattempo l'esperienza dell'uso del RAI® avrà consentito di meglio descrivere i carichi di lavoro per le specifiche professioni e di meglio definire il fabbisogno di competenze. Contemporaneamente, sarà entrato anche sul mercato del lavoro ticinese l'OSS e se ne saranno misurati gli effetti.

Raccomandiamo di considerare nella valutazione complessiva, la soddisfazione dei responsabili delle cure nelle case per anziani, sia in riferimento all'introduzione della nuova figura professionale OSS, sia in riferimento allo strumento RAI® ed alle informazioni che esso - se opportunamente gestito - permetterà di ottenere, sia - da ultimo - in riferimento agli scenari demografici aggiornati.

Resta ancora da stabilire - e il RAI® potrebbe rilevarsi utile al proposito - la dotazione del personale di riabilitazione (fisioterapisti ed ergoterapisti), nonché del personale dedicato alle diverse attività di animazione (educatori, animatori, ergoterapisti, altre figure professionali).

Conclusioni

Il personale curante rappresenta la chiave di successo della qualità delle prestazioni socio-sanitarie erogate in casa per anziani. Parimenti questo assorbe la maggior parte delle risorse finanziarie di un istituto di cura. Nel redigere questo lavoro abbiamo constatato la crescente difficoltà nel trovare un ragionevole compromesso tra la tendenza da un lato a volere impiegare personale sempre più qualificato (quando non addirittura sovraqualificato per i compiti da svolgere), e dall'altro a definire limiti sempre più chiari al finanziamento pubblico. A sostegno di quest'affermazione la recente discussione che il nostro Parlamento ha condotto in merito alle misure per il riequilibrio delle finanze cantonali (vedi rapporto di maggioranza sul messaggio

governativo 10.6.2005 numero 5659) che ha toccato anche l'ambito del finanziamento del settore sociosanitario:

"A fronte di un aumento quantitativo delle prestazioni, per mantenere inalterato il contributo complessivo resta solo la possibilità di rivedere i prezzi unitari (per letto, per studente): ciò che è però difficilmente compatibile con il mantenimento dei criteri di qualità (rigorosamente prescritti nel settore sociosanitario, p.e. in termini di personale per letto) o senza una revisione al ribasso delle retribuzioni (visto che la maggior parte dei costi di questi enti sono salariali).

[...] Quanto ai criteri di qualità, ancora in questi mesi gli enti interessati continuano a ricevere prescrizioni in direzione opposta (p.e. quella del medico cantonale alle case per anziani, riguardante l'obbligo di disporre di personale infermieristico, se del caso supplementare, specializzato in geriatria).

Vero è che la mano destra dello Stato (quella responsabile del rispetto degli obiettivi di spesa: in teoria il Governo collegialmente) non agisce di concerto con quella sinistra (quella preposta a pianificare bisogni e servizi, ad emanare prescrizioni di qualità, a negoziare e applicare i contratti di prestazione: in pratica i singoli Dipartimenti o Uffici), pur essendo le competenze tecniche riunite nelle medesime persone, dal comportamento contraddittorio. La tentazione è facile di lasciar prevalere la seconda mano, mentre la prima si limita di fatto a delegare l'incombenza agli enti mandatari: contando magari che siano salvati da una donazione imprevista, o sui sorpassi a consuntivo".

Riteniamo che il documento realizzato con il contributo dei tecnici del settore, aiuti a dimostrare, nonostante la diffusa percezione che a livello tecnico, non vi sia un impegno a ricercare la miglior qualità al minor costo possibile che ciò non corrisponde al vero. È volontà comune trovare il giusto compromesso tra le risorse a disposizione e le professionalità necessarie a garantire un livello qualitativo essenziale delle prestazioni sanitarie erogate in casa anziani.

Alexandre Aleman, Infermiere cantonale

dott.ssa Anna De Benedetti, Capo Servizio vigilanza e qualità

dott. Ignazio Cassis, Medico cantonale

[Allegato 1](#) Case per anziani: personale curante - UMC

[Allegato 2](#) Metodo per il calcolo del fabbisogno del personale curante - SSEAS

Allegato 1

CASE PER ANZIANI: personale curante						
	DENOMINAZIONE	TIPO FORMAZIONE	DURATA	ETA' MINIMA livello min. di formazione richiesta	TITOLO E RESPONSABILITÀ	PARTICOLARITA' DELLE COMPETENZE
A	Infermiere CRS	Scuola superiore	3 anni	Maturità	Diploma - Confederazione/CRS	Atti tecnici su delega medica, cure infermieristiche (agire autonomo), agire esperto, ricerca infermieristica, interprofessionalità
	Infermiere SUP (HES)	Università professionale	3 anni	Maturità	Diploma	
	Specialista clinico in area geriatrica	Corso postdiploma	3 semestri	19 anni	SSFS CRS	Cure inf. specialistiche in geriatrica
	Gestione ITI	Corso postdiploma	3/5 semestri	18 anni	SSFS CRS	Gestione risorse umane funzione dirigente
B	Assistente geriatrico (formazione non più offerta dal 1998)	Scuola professionale (10 anni di scolarità)	2 anni	19 anni	Certificato - CRS	Atti tecnici su delega infermieristica, cure di base, assistenza
	Operatore socio sanitario	Apprendistato con maturità Apprendistato	4 anni 3 anni	Diploma scuola media 18 anni	Certificato di capacità - Confederazione	Atti tecnici su delega infermieristica, attività nelle cure, amministrazione, servizi generali di istituti socio-sanitari
	Operatore socio assistenziale con opzione (settore - asili nido)	Apprendistato (fino 31.12.2004 scuola a tempo pieno di due anni)	1600 ore (dal 1.1.05 3 anni)	18 anni	Certificato di capacità - Confederazione	Cure di base, assistenza Competenze secondo opzione scelta
C	Assistente di cura (dal 2004: 1° anno scuola OSS)	1° anno OSS (ottenimento su esame del certificato equivalente assistente di cura)	1 anno (600 ore teoria e 1000 pratica)	19 anni	Certificato - Cantone	Cure di base, assistenza
	Operatore socio sanitario e ausiliare socio assistenziale (formazione italiana)	Corso introduttivo professionale	Tra 600 e 1000 ore	Adulti	Autorizzazione d'esercizio come assistente di cura dell'IFSS	Cure di base, assistenza
	Auxiliary di cura	Adulti	dal 2004 120 ore (prima 60)	Adulti	Attestato - Sezione TI CRS	Cure di base, assistenza (in attesa della formazione AC o OSS)
	Fisioterapista	Scuola superiore (in futuro SUP)	4 anni	Maturità	Diploma - Confederazione/CRS	Attività di tipo medico-riabilitativo (massoterapia, crioterapia, meccanoterapia, elettroterapia, ...)
C	Ergoterapista	Scuola superiore (in futuro SUP 2006)	3 anni	Maturità	Diploma - Confederazione/CRS	Pratica riabilitativa mirante al recupero/mantenimento delle funzioni fisiche e cognitive
	Terapista d'animazione Animatore in gerontologia		2 anni 3 anni	Adulti	Diploma - Cantone (in futuro Confederazione)	Come ergoterapista ma limitatamente al settore della geriatrica, psichiatrica e psicogeriatrica
	Animatore socioculturale	SUP	3 anni	Maturità	Diploma - Confederazione	Socializzazione, mantenimento delle capacità fisiche e cognitive

Allegato 2**Chiave di ripartizione del personale curante (CpA) in base ai parametri dell'Ufficio anziani**

Una corretta ripartizione del personale curante, secondo formazione e competenze, all'interno delle case per anziani rappresenta un elemento centrale sia per la qualità dei servizi forniti, sia per l'efficienza (efficacia/costo) degli stessi.

Sulla base di uno studio condotto durante il 2004 dall'Ufficio del medico cantonale che tiene conto anche degli standard di qualità nazionali, si è giunti ad una suddivisione delle figure professionali all'interno del personale curante che permette di equilibrare le esigenze di qualità con le risorse disponibili.

Chiave di ripartizione del numero di unità di personale curante risultanti dal calcolo del fabbisogno teorico:

		Denominazione funzioni	Percentuali	
Sezione A	A1	Infermiere CRS Infermiere SUP (HES) Specializzazione clinica Gestione I/II	30%	40%
	A2	Assistente geriatrico	10%	
	A3	Operatore socio sanitario (OSS)		
Sezione B	B1	Operatore socio assistenziale	48%	60%
	B2	Assistente di cura e OSS (formazione di un anno)		
	B3	Operatore socio sanitario e ausiliario socio assistenziale (formazione italiana)		
	B4	Ausiliari di cura		

La ripartizione percentuale indicata all'interno delle Sezioni rappresenta un indirizzo di principio e pertanto può subire delle variazioni a seconda delle diverse realtà degli Istituti.

Nel numero di unità teoriche risultanti **non sono comprese** le seguenti figure professionali che operano nell'ambito delle cure nella casa anziani:

- Responsabile del settore curante
- Capo reparto o capo équipe nella misura del 20% se ha compiti di formatore di allievi e stagiaires
- Personale terapeutico e di animazione
- Allievi e stagiaires