

## Documento per approfondimento sull' innovazione nel sistema dei servizi agli anziani post Covid 19

L'emergenza Covid 19 ha fatto emergere in modo molto evidente diverse fragilità delle strutture residenziali per anziani e del sistema socio-sanitario in generale. Questo rafforza la necessità di un progetto riformatore per consolidare e innovare la rete dei servizi agli anziani, a partire da una maggiore integrazione tra i servizi sanitari e socio-sanitari, soprattutto considerando i diversi mutamenti sociali che si sono verificati in questi anni: l'invecchiamento della popolazione, la riduzione della dimensione delle famiglie, l'impegno più elevato nei compiti di cura che riguarda soprattutto le donne, l'aumento delle disuguaglianze e il crescente disagio abitativo.

Un primo elemento:

Il sistema sanitario regionale è fortemente strutturato e ha retto meglio l'onda d'urto; va detto che in questi ultimi mesi, a livello nazionale, sono state investite ingenti risorse -8,845 miliardi- per una rapida e profonda riorganizzazione delle reti ospedaliere e delle reti territoriali, comprendente anche l'assunzione di numerosi professionisti impegnati nella gestione dei servizi.

Altrettanto importante mantenere il confronto con la Commissione Europea per richiedere l'attivazione delle risorse del Mes (37 miliardi), da utilizzare per la spesa sanitaria diretta e indiretta.

E' necessario attivare rapidamente tavoli di confronto con la Regione sul Decreto Rilancio, che mette a disposizione risorse e innovazioni organizzative importanti, sia sulla rete ospedaliera che sulla rete territoriale delle cure primarie, il cui ruolo è stato decisivo nel contrasto alla diffusione del virus; su questi temi possiamo dare un contributo significativo presentando le proposte che abbiamo elaborato in questi mesi.

Per il sistema socio-sanitario invece manca una legge nazionale che definisca un finanziamento adeguato e i Livelli essenziali da garantire a tutti i cittadini.

Per questo ancora esistono differenze regionali e territoriali molto marcate nella diffusione dei servizi e difficoltà consistenti nel lavoro di integrazione tra sistema sanitario e sistema socio-sanitario; l'unico intervento specifico su questo segmento è presente nel Decreto Rilancio del 13 maggio 2020 che aumenta il FNA di 90 milioni, portandolo da 621 a 711 milioni. Si tratta di un investimento largamente insufficiente che denota anche la persistente sottovalutazione del problema.

La Legge nazionale sulla Non-autosufficienza resta il nostro obiettivo prioritario e la nostra Regione, con l'esperienza praticata in questi anni, può e deve dare un contributo importante per la sua realizzazione.

Chiediamo al Presidente Stefano Bonaccini che si faccia carico, in qualità di Presidente della Conferenza delle Regioni, di una forte iniziativa politica nei confronti del Governo e del Parlamento per assumere come prioritario l'obiettivo di approvare in Parlamento la Legge sulla NA.

Pensiamo inoltre sia necessario, nell'ambito della revisione delle norme fiscali, proporre una maggiore detrazione delle spese sostenute dalle famiglie per il lavoro di cura, da un lato per una questione di equità sociale, dall'altro per favorire l'emersione dal nero.

2) Da tempo è presente, nella nostra discussione, la necessità di innovazione nella rete dei servizi per anziani.

Considerando i processi di cambiamento sociale e l'aumento delle fragilità e dei bisogni è necessario puntare ad un sistema di welfare sempre più inclusivo e partecipato, in grado di far interagire tutte le risorse umane, professionali ed economiche, all'interno dei nostri territori. Per attuare questo nuovo modello, visto l'aumento dei bisogni della popolazione fragile, è sempre più necessario l'incremento di almeno il 50% dell'attuale dotazione di risorse del Fondo regionale per la non autosufficienza. Inoltre proprio per la specificità dei servizi finanziati dal nostro Fondo e la loro necessaria integrazione tra sanità e sociale, all'interno della programmazione regionale c'è bisogno di un Servizio dedicato nell'area Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare.

Ricordiamo la scheda 21 del PSSR, che va discussa nella programmazione dei Piani di zona, che propone la riprogettazione del sistema di welfare, con la domiciliarità come elemento cardine del sistema, sulla quale costruire la Filiera dell'Innovazione Sociale; si tratta quindi di investire molto sui servizi a sostegno della domiciliarità, con progetti che mettano in rete tutti i possibili interventi di risposta ai bisogni degli anziani. E' evidente infatti che l'attuale sistema di assistenza domiciliare è largamente insufficiente a rispondere ai bisogni, sia perché scarsamente integrato tra sanità e sociale, sia per l'approccio prestazionale che prevede tempi di intervento molto ridotti. Anche per questo è necessario potenziare il Servizio Sociale Territoriale, per facilitare l'accesso ai servizi e per costruire modalità di presa in carico personalizzate.

Sul punto domiciliarità protetta, che abbiamo ampiamente affrontato anche nella traccia di lavoro per la CTS 2020, è necessaria, anche da parte nostra, una più convinta azione di contrattazione sociale, con la riprogettazione di tutti gli attuali servizi e interventi: dal monitoraggio degli anziani soli, agli interventi di supporto al caregiver familiare che sottoscrive il PAI, all'inserimento nella rete dei servizi delle assistenti familiari con regolare contratto e formazione, ad un sistema di trasporti sociali a supporto della domiciliarità.

Al supporto della domiciliarità protetta concorrono anche tutti i servizi socio sanitari attivi e da riprogettare per migliorare la risposta ai bisogni delle persone (assistenza domiciliare, centri diurni, ruolo ASP...) e la rete dei servizi sanitari di cure intermedie diffusa nel territorio (ADI, Case della Salute, Osco, ricoveri di sollievo, dimissioni protette...). Per questo è prioritario completare in tutti i distretti l'attivazione delle Case della salute che sono i luoghi dell'integrazione tra sanità e sociale nel territorio.

Un punto importante di approfondimento riguarda il ruolo dei MMG nella riorganizzazione del sistema di cure intermedie territoriali; la loro presenza nel lavoro di rete multiprofessionale delle Case della salute è fondamentale per realizzare il sistema di medicina d'iniziativa, ed è già oggi un obiettivo praticabile e da rivendicare, a maggior ragione dopo il rinnovo della Convenzione nazionale che vedrà una discussione applicativa a livello regionale e, successivamente, a livello di Azienda USL.

L'esperienza delle USCA, che ha dimostrato l'importanza del lavoro in rete, è stata particolarmente importante nel controllo a domicilio dei casi paucisintomatici e deve essere mantenuta anche per il futuro, arricchendone funzioni e professionalità.

E' necessaria anche una visione più generale sulla necessità di nuove forme dell'abitare per gli anziani, per garantire alloggi che rispondano ai loro specifici bisogni, rispettando l'esigenza di vivere il più possibile in casa propria, al sicuro e indipendenti.

Per rafforzare la sicurezza, l'accessibilità e la socialità degli anziani è importante lavorare per eliminare le barriere architettoniche, sia dentro che fuori casa, e investire su nuove tecnologie, domotica e teleassistenza, a supporto dell'autonomia personale.

Ma se rimanere nella propria casa non è possibile, è necessario incentivare esperienze di social housing, di alloggi protetti inseriti nella filiera dei servizi, di condomini solidali, fino anche a operazioni di vendita/affitto del proprio patrimonio.....

Sappiamo che esiste una forte resistenza degli anziani ad abbandonare la propria casa per vivere in contesti diversi ed usufruire dei servizi connessi, per questo sarà necessario approfondire il tema, anche pensando a come incentivare queste soluzioni.

Il punto sempre più evidente nella riprogettazione dei servizi è la necessità di investire su soluzioni abitative ad intensità assistenziale crescente invece di limitarsi ad attivare nuovi posti letto.

Un altro importante terreno di lavoro è rappresentato dalla possibilità di partecipare alla discussione sui progetti di rigenerazione urbana per favorire vivibilità e riqualificazione dei contesti in cui vivono le persone anziane: in alcuni territori sono già presenti elaborazioni avanzate e sperimentazioni condivise con i soggetti del

territorio, esperienze che vanno valorizzate e diffuse nel resto del territorio regionale.

### 3) La residenzialità come ultimo anello della catena

Una riflessione è necessaria sulle CRA/Case di Riposo, così definite nella normativa regionale: struttura per accoglienza residenziale socio-sanitaria per ospiti non-autosufficienti di grado medio/elevato, che non necessitano di specifiche prestazioni ospedaliere.

In questa crisi del tutto straordinaria per intensità e durata sono emerse diverse difficoltà di queste strutture, anche se non tutte sono state coinvolte.

A livello regionale il 42% ha avuto contagi e decessi, sia nelle strutture pubbliche che in quelle private, con articolazioni molto diverse del problema e solo in alcune strutture abbiamo avuto situazioni fuori controllo per le quali sono stati necessari interventi sostitutivi da parte delle aziende sanitarie.

E' necessario indagare ed approfondire le cause, rivendicando, come richiede il nostro ruolo di rappresentanza, investimenti importanti da fare sui sistemi integrati di assistenza a lungo termine, incentrati sul benessere della persona anziana, sia a livello nazionale che a livello regionale. Non solo, la gestione dell'emergenza ha sviluppato un nuovo patrimonio di conoscenze e competenze, regionali e territoriali che va ora portato a sistema dalla Regione, attraverso un tavolo di confronto generale che coinvolga le Aziende Usl (DSP, Task-force e Usca), i soggetti gestori, i committenti locali, familiari e caregiver e le organizzazioni sindacali e che sappia valorizzare i punti di forza e le aree di miglioramento anche come elementi utili, nel breve periodo, alle eventuali revisioni e aggiornamenti della 514/09 e successive modifiche.

Le fragilità che abbiamo rilevato e su cui è necessario intervenire:

- Ospiti molto anziani, con diverse patologie croniche e con alto grado di non-autosufficienza
- Personale OSS con alto livello di capacità assistenziale, ma senza strumenti formativi per affrontare problemi sanitari così importanti
- Strutture spesso vecchie e con spazi non adeguati per garantire l'isolamento degli ospiti contagiosi
- Mancanza, almeno nel periodo iniziale, di DPI sufficienti e adeguati a proteggere ospiti e operatori
- In alcuni casi ritardo nella chiusura alle visite dall'esterno
- Assenza degli operatori colpiti dal contagio

I possibili terreni di intervento per il futuro:

- Rafforzare il governo regionale del sistema, anche con la revisione dei criteri di accreditamento, per produrre maggiore sicurezza e qualità dell'assistenza (

modelli organizzativi più moderni, continuità assistenziale ed integrazione dei percorsi di cura, uso delle nuove tecnologie e della domotica, telemedicina e teleassistenza...)

- Rafforzare il ruolo di programmazione e controllo degli Enti Locali nel territorio; va sottolineato il ruolo del Comitato di Distretto nella costruzione del sistema di servizi e nelle modalità di verifica e controllo a tutela dei cittadini, anche per quei servizi/strutture che rischiano di rimanere fuori dalla rete in quanto operano in quella zona grigia, al confine fra la perdita di autonomia e il mantenimento di una relativa se pur fragile autosufficienza, ad esempio le Case famiglia. Per queste ultime è necessario mantenere costante il confronto con i Distretti per verificare il monitoraggio delle stesse da parte dei soggetti preposti, nel rispetto dei regolamenti sottoscritti con i Comuni.
- Rafforzare il ruolo delle Unità di valutazione multidimensionale per contrastare le fragilità e impostare programmi di recupero delle attività cognitive e motorie, rendendole omogenee su tutto il territorio regionale
- La formazione del personale OSS e di tutto il personale di supporto, che deve essere arricchita su alcuni contenuti di base dell'assistenza sanitaria ( uso corretto dei DPI, isolamento degli ospiti contagiosi, disinfezione degli ambienti..)
- Maggiore presenza strutturata di personale sanitario (medici, infermieri, fisioterapisti) prevedendo l'aumento delle ore di presenza diurna e la copertura H24 con l'infermiere presente in struttura e una presenza medica, che garantisca la copertura H 24  
La Regione deve risolvere il problema del riconoscimento del costo sanitario attraverso una specifica tariffa che andrà in capo al SSR.
- Referente/responsabile sanitario (medico o infermiere) di struttura per tutte le infezioni correlate all'assistenza (integrazione interna con tutto il personale e SSL ed esterna con Ausl)
- Necessità di mantenere un legame più stretto con i servizi sanitari territoriali e i Dipartimenti di Sanità Pubblica delle Aziende Usl: le équipes multiprofessionali intervenute nelle strutture hanno prodotto risultati importanti per la gestione della fase acuta; è necessario proseguire questo intervento di supporto qualificato anche per il futuro, valutandone le forme più adeguate
- Valutare adeguatezza degli spazi interni alle strutture e possibili interventi di ristrutturazione per favorire la creazione di spazi cuscinetto utili ad interrompere la diffusione del contagio. Un piano regionale per investimenti in conto capitale con intervento finanziario anche dei gestori, anche per la riattivazione del piano pluriennale per la dotazione di camere singole

(ipotizzata in prima battuta come obiettivo al 50% da raggiungere nell'arco di dieci anni , poi prevista al 30% ed ora al 20%). Vanno comunque superate le situazioni da 3 o più PL

- Adeguata dotazione DPI e screening per ospiti e operatori
- Le Cra sono disegnate come strutture di comunità, per questo è preferibile che siano di piccole dimensioni ( 75 p.l.), aperte al sistema sociale e di volontariato del territorio
- Va ripensato il modello organizzativo interno con una maggiore attenzione al rispetto del tempo e dei ritmi di vita degli ospiti e con la valorizzazione del rapporto con i famigliari/caregivers
- Utilizzo diffuso delle innovazioni tecnologiche e dei sistemi di comunicazione a distanza per mantenere sempre costanti i collegamenti tra ospiti e famigliari, anche nelle situazioni straordinarie.
- Tutti gli interventi delineati richiedono maggiori investimenti e rafforzeranno molto la richiesta, già avanzata più volte dai gestori, di una revisione significativa, in aumento, delle tariffe giornaliere. Questo significa che dovremo affrontare il tema della suddivisione dei costi tra il FRNA e la compartecipazione delle famiglie, visto che l'attuale sistema tariffario prevede che gli aumenti vengano suddivisi al 50% tra le due parti.

Bologna 13 Luglio 2020