



Contributo per il documento regionale :

“Processo di riqualificazione della rete dei servizi residenziali per anziani”

Approvato dall’Ufficio di Presidenza nella riunione del 18 maggio 2021

Premessa

Le strutture residenziali per anziani del Friuli Venezia Giulia, grazie alla campagna vaccinale, finalmente possono intravedere l’uscita da un lunghissimo periodo, che li ha visti, dal marzo 2020 fino ad oggi, affrontare gli effetti della pandemia globale.

A fronte dell’enorme sforzo profuso, prima nella prevenzione alla diffusione del virus e successivamente nel suo contrasto, oggi nelle residenze protette possiamo parlare di una sindrome post covid, caratterizzata da molti fattori, primo fra tutti quello di una riduzione importante di energie fisiche e nervose, diffusa a tutti i livelli, da quelli apicali, che hanno dovuto gestire la grave responsabilità (organizzativa, legale, morale) di approntare e governare gli interventi anticovid, nell’ambito di un contesto generale di modesta conoscenza dell’infezione anche da parte delle autorità sanitarie competenti, sia a livello operativo, con operatori che con grande abnegazione si sono sottoposti, con consapevolezza e maturità, a tutte le procedure che sono state loro richieste (procedure di sanificazione continua, misure di distanziamento sociale, screening antigenici, ecc.) e hanno affrontato in prima linea gli effetti più drammatici della pandemia, spesso in un clima generale di grave pressione psicologica e sociale.

Nonostante questa grave stanchezza e le molteplici difficoltà, le Strutture residenziali pubbliche non sono arretrate, anzi, hanno cercato di difendere, in un contesto pandemico di grande confusione, i principi fondamentali che contraddistinguono da sempre il loro lavoro, ovvero **la qualità e l’umanizzazione nella cura delle persone più fragili e l’integrazione socio sanitaria, quale metodologia fondamentale per affrontare la complessità delle situazioni.**

Questo documento intende costituire un **primo contributo organico di Federsanità ANCI FVG**, in questa che auspichiamo essere una “embrionale fase post Covid”, sul tema della residenzialità regionale delle persone non autosufficienti e, pertanto, diventa – a nostro avviso - un’importante occasione per rappresentare lo stato d’animo e la prospettiva dei soggetti pubblici gestori di servizi per anziani non autosufficienti, subito dopo “l’inverno” del Covid.

L’occasione è offerta dal **processo partecipato che l’Amministrazione Regionale** ha voluto promuovere per condividere con i principali interlocutori, pubblici e privati, la riforma sul sistema di accreditamento delle strutture residenziali.

Al riguardo si richiama che durante la pandemia Federsanità ANCI FVG ha svolto un ruolo importante di riferimento ed ha condiviso con tutti gli associati alcune importanti misure per contribuire a supportare la resistenza delle strutture residenziali nella loro lotta contro il Covid, dalla diffusione di “buone prassi”, monitoraggio dei bisogni, scambio di informazioni utili e coordinamento delle istanze nei confronti dell’Amministrazione regionale, nonché per quanto possibile, la messa a disposizione del “Kit di emergenza”

(tramite raccolta fondi) e tamponi rapidi antigenici, al sostegno alla campagna vaccinale nelle case di riposo e ai ristoranti finanziari, ecc..

In sintesi, il maggiore impegno di Federsanità ANCI FVG, durante questo ultimo anno di Covid, è stato quello di rispondere, il più possibile tempestivamente, al crescente sentimento di abbandono e solitudine verso le istituzioni che i soggetti coinvolti in prima fila nel contrasto al Covid inevitabilmente maturavano, soprattutto a causa delle ben note problematiche che l'improvvisa e repentina comparsa del virus ha provocato.

Le strutture e i soggetti gestori nella lotta interna contro il virus, involontariamente si ripiegavano su loro stesse, alle prese con mille problemi che sembravano non avere soluzione e responsabilità.

La realtà spingeva verso forme più radicali, rivendicative e corporative di interlocuzione. In questo senso Federsanità ANCI FVG, nonostante molte difficoltà, ha ritenuto strategico per la tenuta complessiva del sistema tenere aperte le linee di dialogo con le istituzioni, supportare il più possibile il confronto e la partecipazione, ricercare l'integrazione, moderare i sentimenti di solitudine. Non è un caso che proprio in questo difficile momento per le nostre comunità molti Comuni gestori di strutture protette per anziani abbiano aderito alla nostra Associazione, riconoscendo l'importanza di questo compito.

Oggi Federsanità ANCI FVG rappresenta, complessivamente, 22 ASP, 9 Case di Riposo comunali, 2 Consorzi e 2 Fondazioni, gestori di strutture per anziani e persone fragili, dalle Aziende pubbliche di Servizi alla Persona ai Comuni, dai Consorzi a Fondazioni. Nell'ambito delle strutture per anziani i soggetti aderenti gestiscono quasi 4000 posti letto, (circa il 40% del totale, senza calcolare i Comuni che contribuiscono al presente documento senza aderire a Federsanità ANCI FVG) oltre una ventina di centri diurni, per un fatturato complessivo di oltre 100 milioni di euro annui, con migliaia di persone occupate.

In occasione di questa riforma, inoltre, Federsanità ANCI FVG ha ritenuto importante rafforzare ulteriormente l'interlocuzione con ANCI FVG, per cui ha delegato per i servizi sanitari, la Salute, l'integrazione socio-sanitaria e il Welfare, promuovendo e ampliando il confronto propositivo con gli altri Enti locali gestori di servizi residenziali per anziani e trovando condivisione nei contenuti espressi in questo documento.

Sempre di più, dunque, Federsanità ANCI FVG nell'ambito della residenzialità degli anziani rappresenta un importante e articolato sistema di relazioni e di integrazione tra soggetti impegnati nell'ambito socio-sanitario, che nel periodo pandemico ha contribuito il più possibile, tramite i propri associati, ad offrire soluzioni e proposte istituzionali a problematiche che potevano trovare esiti imprevedibili.

Oltre a quanto sopra descritto, per comprendere la prospettiva con cui questo documento viene definito, è necessario ricordare un altro importante e, a nostro avviso, ineludibile fattore, ovvero la **connotazione pubblica della natura giuridica e delle finalità perseguite da tutti i soggetti aderenti a Federsanità ANCI FVG.**

Le Case di riposo pubbliche, ASP e strutture comunali, rappresentano da sempre un punto di riferimento importante per le comunità in cui insistono. Rappresentano una lunghissima storia di solidarietà e tutela socio-sanitaria delle classi più fragili delle popolazioni locali. Per tale motivo la loro distribuzione sul territorio è capillare e diversificata, anche in luoghi e comunità poco funzionali a logiche di mercato.

Gestiscono la propria azione socio-sanitaria in fortissima integrazione con i territori e la rete locale dei servizi. Hanno un approccio polifunzionale alla propria missione socio-sanitaria e non si limitano a gestire i posti letto della casa di riposo, siano esse destinate ad accogliere persone autosufficienti o non autosufficienti. Centri diurni, soggiorni temporanei, funzioni riabilitative, centri Alzheimer, accoglienza di persone con sofferenza psichiatrica e disabilità, interventi domiciliari, spazi e momenti di aggregazione e socializzazione intergenerazionale, abitare possibile e formazione del personale sono alcuni degli esempi di servizi approntati per tentare di soddisfare bisogni della comunità locale, indipendentemente dal profitto

economico, ma spesso restituendo alle persone, sotto forma di investimento nei servizi, importanti risorse economiche, in una prospettiva di forte responsabilità sociale: vero tratto distintivo dei servizi pubblici.

Il loro ruolo sociale e di riferimento verso il proprio territorio e le comunità locali viene ulteriormente confermato dalla disponibilità ad accogliere in qualsiasi momento persone in condizioni di disagio sociale, di dipendenza, di disabilità psichica e di emarginazione, che altrimenti non troverebbero collocazione in altre tipologie di servizi.

In questa capacità di essere presenti, indipendentemente dalla convenienza economica, per assumere come prioritaria la sofferenza delle persone più fragili e marginali e di integrare la propria azione con quella degli altri soggetti territoriali (servizi sanitari, forze dell'ordine, volontariato, vicinato, famiglie, etc.) può essere colto lo spirito della natura pubblica dei nostri servizi.

Non solo. Le strutture pubbliche garantiscono livelli qualitativi più alti, con tariffe più basse, reinvestono i profitti delle loro attività e lo restituiscono alle comunità sotto forma di nuovi interventi di cura, accolgono situazioni a più alta complessità assistenziale e socio sanitaria, offrono maggiore trasparenza, hanno tutto personale formato e qualificato, hanno forme democratiche e partecipate di governance.

La riforma della sanità, avviata con il d.lgs 502/1992, ed estesa anche ai servizi socio sanitari, aveva come finalità quella del miglioramento della qualità dei servizi pubblici e del contenimento della spesa pubblica mediante la libera concorrenza con i soggetti privati del mercato. Tali finalità sono state nel tempo stemperate dalle successive riforme, in particolare modo dal d.lgs 229/1999 ("riforma Bindi") che cercava di introdurre elementi di equilibrio e di correzione a logiche puramente di mercato nell'accreditamento dei servizi sanitari, mediante la definizione di indirizzi per rendere funzionali agli strumenti programmatori, e in particolare al fabbisogno regionale, le quote di servizi accreditabili. Lo spirito della norma pertanto appare quello del miglioramento dei servizi sanitari al cittadino tramite lo strumento della concorrenza fra servizi pubblici, in difficoltà a quel tempo sia in termini di qualità che di contenimento dei costi, e soggetti privati, maggiormente virtuosi su tali aspetti e in grado pertanto di apportare anche stimoli di miglioramento al sistema pubblico.

Ad oggi nella nostra Regione è naturale chiedersi se il miglioramento dei servizi pubblici residenziali per anziani passi attraverso il confronto di mercato con soggetti privati, che nella maggior parte dei casi segnalano gravi ritardi nei principali indicatori di qualità, dai minutaggi ai costi standard, così come si evince dai dati in possesso dell'Amministrazione Regionale. Ciò è relativo sia a situazioni di grossi gruppi finanziari che gestiscono servizi per anziani, alcuni dei quali sono passati agli onori delle cronache per gravi problemi giudiziari, sia a piccole realtà che durante la pandemia hanno mostrato tutte le loro difficoltà logistiche e gestionali. Nelle case di riposo pubbliche vi sono aspetti sicuramente migliorabili e il confronto è certamente sempre utile, tuttavia non appare dalle evidenze che la dialettica concorrenziale con questo tipo di interlocutore privato possa promuovere azioni migliorative dei servizi pubblici e contenimento dei costi.

Già altre regioni, con interlocutori privati sicuramente più qualificati, hanno sperimentato questo approccio con il risultato di esacerbare le dinamiche di presa in carico, spesso meramente strumentali alla copertura del posto letto con anziani in possesso della impegnativa di residenzialità, di "cannibalismo fra poveri" nel contendersi l'anziano, di posti vuoti nelle strutture, costrette ad aumentare le rette o a contrarre incondizionatamente i costi di produzione per compensare le perdite, di reclutamento del personale assistenziale a "fisarmonica" in funzione dei posti letto occupati o vuoti (con relativa precarizzazione del lavoro in una logica di mercato e non di progetto), di difficoltà a programmare gli investimenti strutturali per la precarietà determinata dalla competizione, di aumento dei costi per le integrazioni rette nei bilanci dei Comuni. Non va dimenticato inoltre la funzione comunitaria delle case di riposo pubbliche, che accolgono i residenti dei propri comuni, paesi, quartieri, offrendo un servizio di vera prossimità. Le logiche della competizione di mercato sottovalutano l'importanza di invecchiare a poca distanza da casa a favore della

mera copertura del posto letto e dell'incasso del voucher. Effettuare una visita oculistica sotto casa o a diversi chilometri di distanza ha poca importanza ormai: si tratta di una prestazione occasionale per cui conta di più l'urgenza. Diversa cosa è la scelta del luogo di vita e di cura continuativa delle cronicità.

Infine, non appare che complessivamente il sistema della residenzialità della terza età di queste aree geografiche, che hanno sperimentato il sistema concorrenziale con il privato, abbia offerto risultati degni di nota durante il covid.

Invece si auspica che questo importante patrimonio pubblico collettivo, che ad oggi in regione registra i migliori risultati in termini di qualità e di contenimento delle tariffe, non venga esposto, senza le necessarie protezioni, tempistiche, risorse a dinamiche di libera concorrenza con soggetti, che, oltre ad avere standard di qualità inferiori, godono di condizioni gestionali e finanziarie molto diverse (a titolo esemplificativo i tempi e costi necessari per l'acquisizione di forniture e servizi, per la realizzazione di opere, per la selezione del personale, gli oneri relativi alle maternità e alle malattie) e più vantaggiose. Sarebbe pertanto impossibile difendere o implementare la qualità dei servizi pubblici in un regime di competizione che non pone pari condizioni a tutti i concorrenti.

In conclusione le case di riposo pubbliche non nutrono riserve all'ingresso di realtà private nel sistema di accoglienza delle persone anziane, in un'ottica di necessaria complementarietà degli interventi e a parità di condizioni, ma richiedono che il loro patrimonio (professionale, culturale, sociale, economico) continui a venire valorizzato, eventualmente anche dentro meccanismi equilibrati di confronto con soggetti privati.

Ma soprattutto richiedono che lo sforzo di questa fase storica sia orientato verso il "dopo" in termini di rilancio di tutto il sistema della non autosufficienza, in tutti i suoi snodi, in una logica di filiera e di integrazione dei diversi servizi. In questo senso il PNRR ha già offerto alcune indicazioni e converrebbe inserirsi in quel processo di progettazione, preparando nel frattempo alcuni elementi propedeutici, come l'accreditamento, (ovvero la definizione di processi e indicatori di qualità, tra cui quelli opportunamente indicati nel documento regionale), il miglioramento del governo clinico all'interno delle residenze protette con i medici di struttura, il reclutamento del personale OSS e infermieristico. E' importante comprendere quale sviluppo e articolazione avranno le Case della Comunità, il budget di salute, i processi di presa in carico, il ruolo dei distretti sanitari, il senso che si vorrà dare alla domiciliarità e l'integrazione con la residenzialità, l'ospedale di comunità. E' fondamentale capire se la riforma generale del sistema valuterà positivamente l'impronta data a tutto il sistema di welfare dal d.lgs 502/92 oppure lo stesso verrà ripensato in funzione dei risultati raggiunti durante il covid in alcune aree del paese. Per ragionare su tutto questo a nostro avviso serve tempo, approfondimenti, partecipazione, co-progettazione con tutti gli attori (servizi sociali comunali, distretti sanitari, volontariato, asp, ecc.). Probabilmente sarebbe necessario il rilancio dei piani di zona ovvero di un forum del Friuli Venezia Giulia sulla non autosufficienza con una forte regia dell'Amministrazione Regionale, segnare un punto di ripartenza organico con gli stati generali della terza età. Oggi infatti sfugge a questi interlocutori pubblici la visione di una riforma complessiva del sistema della non autosufficienza, che coinvolga prima di tutto i territori, le loro comunità e i loro rappresentanti istituzionali nei Comuni.

In questo periodo vi è stata un'attenzione mediatica e dell'opinione pubblica sui temi delle case di riposo e dei servizi alle persone anziane. Lo stesso PNRR ha dedicato una parte rilevante delle proprie risorse a questi temi. Sicuramente la pandemia ha acceso una lente di ingrandimento sulle principali criticità e problematiche delle strutture residenziali, aspetti che in una situazione di normalità non potevano probabilmente essere visti con la stessa nitidezza. In questo senso il Covid può essere considerato uno stress test per il mondo della residenzialità degli anziani e le sofferenze e le morti che hanno accompagnato la tragedia che si è abbattuta sulla popolazione anziana, possono trovare un conforto, seppur piccolo e non sufficiente, in un'azione riformatrice della rete dei servizi alle persone anziane. Davanti a noi pertanto si pone una grande opportunità di ripensamento positivo del sistema, un'occasione che deve essere valorizzata al massimo, con i tempi necessari e un alto livello di partecipazione e condivisione, in particolare modo con i soggetti maggiormente

radicati sui territori, senza la riproposizione di soluzioni preconfezionate, ante covid e poco contestualizzate in una realtà a forte presenza di soggetti pubblici gestori di servizi residenziali per anziani.

Inoltre riteniamo importante sottolineare che la residenzialità rappresenta un nodo importante della rete dei servizi alle persone anziane, in una logica di presa in carico multidimensionale e di integrazione fra i diversi interventi. Diversi analisti hanno già evidenziato che non sarà possibile organizzare efficacemente la rete dei servizi per le persone anziane se la residenzialità non verrà considerata come parte integrante delle complessive risposte al bisogno, anzi si dovrà finalmente chiarire se le strutture residenziali possano o debbano diventare il punto di riferimento delle attività territoriali per la terza età in determinati territori, concentrando servizi differenti che spaziano fino alla domiciliarità e all'ospedale di comunità. La maggior parte delle prestazioni garantite dalle case di riposo pubbliche afferiscono ad un ambito di intervento assistenziale e socio sanitario, che difficilmente possono trovare risposte efficaci a domicilio (nuclei n3 e profili di bisogno A, B comportamentale, B). L'investimento necessario e improcrastinabile sulla domiciliarità non è alternativo a quello della residenzialità delle case di riposo pubbliche, bensì aggiuntivo. La formula meno residenzialità e più domiciliarità rischia di svilire l'intervento qualificato e indispensabile delle case di riposo pubbliche, con gravi ripercussioni sulla presa in carico dei bisogni delle persone anziane non autosufficienti.

In ultima analisi Federsanità ANCI FVG valuta positivamente l'iniziativa dell'Amministrazione Regionale di aprire un percorso partecipato per la condivisione della nuova riforma del sistema delle case di riposo con tutti gli stakeholders.

In questo senso abbiamo partecipato attivamente al tavolo tecnico e già attivato diversi incontri con tutti i nostri associati, sia per territorio di appartenenza (ASUFC, ASFO, ASUGI) sia in plenaria. Inoltre, come già sopra menzionato, si è esteso il confronto anche ad ANCI e a quei Comuni che non aderiscono alla nostra Associazione.

Vi presentiamo pertanto questo documento propedeutico a continuare il confronto sui temi proposti dall'Amministrazione Regionale e rimaniamo aperti al confronto con tutti i soggetti del sistema.

Tuttavia a fronte delle considerazioni espresse in premessa, ovvero della massa critica rappresentata da Federsanità ANCI FVG, del ruolo pro attivo di supporto istituzionale, anche in periodi di grave crisi come quello pandemico, della connotazione esclusivamente pubblica dei soggetti aderenti e del loro radicamento territoriale, **riteniamo importante proporre all'Amministrazione Regionale:**

un tavolo di interlocuzione dedicato ai soggetti pubblici (Comuni e ASP) sui principali temi della riforma, con particolare riguardo al processo di accreditamento e alla valorizzazione dell'esperienza pubblica della residenzialità per anziani.

A nostro avviso ciò permetterebbe l'acquisizione di maggiore consapevolezza da parte di tutti gli interlocutori dei diversi fattori e dinamiche in campo e dei possibili impatti sulla qualità dei servizi e bilanci pubblici, anche in una prospettiva di rappresentare ai territori di riferimento, in cui i diversi soggetti insistono, l'importanza di alcune scelte. E' bene ricordare infine che proprio la riforma del sistema residenziale pubblico potrebbe rappresentare un importante volano per una riforma più ampia dei servizi alla terza età, come auspicato dal Piano Nazionale della Ripresa e Resilienza.

Contributi al documento regionale:

Politiche Regionali a sostegno delle persone anziane non autosufficienti Riqualificazione della rete dei servizi residenziali per anziani Stato dell'arte e Prospettive Aprile 2021

Azioni Specifiche (da pag. 10)

3.3.1 Tavolo regionale assistenza medica nelle residenze per anziani.

Federsanità ANCI FVG valuta positivamente la proposta di un tavolo di lavoro per addivenire al miglioramento della qualità dell'assistenza medica nelle case di riposo.

Sempre di più le strutture residenziali pubbliche registrano condizioni di crescente sanitarizzazione dei profili delle persone ospitate nelle loro strutture. In questo contesto diventa fondamentale organizzare gli interventi sanitari in un modello efficace e governato. Il nuovo regolamento regionale ha affrontato il tema dei profili degli operatori su cui grava la responsabilità del coordinamento degli interventi socio sanitari, prevedendo la qualificazione dell'infermiere per tali compiti. Tuttavia questa disposizione è destinata a rimanere parzialmente incompiuta se non viene affrontata la questione della presenza dei medici in struttura. Alcune ASP sono riuscite ad avere una presenza organizzata di pochi medici, la maggioranza delle case di riposo invece registra decine di medici in struttura (una media di 1 medico ogni 15 ospiti), che garantiscono la presenza per pochi minuti alla settimana, che non possono conoscere il personale sanitario e l'organizzazione interna, creando un contesto problematico, proprio nell'ambito in cui in realtà è richiesto il massimo del controllo e della qualità della gestione. Nonostante l'alto numero di medici molte volte si è costretti a ricorrere al pronto soccorso.

Si auspica che possa prendere avvio un sistema della presenza dei medici nelle case di riposo che permetta alle residenze, nel rispetto delle competenze professionali dei curanti, di governare l'organizzazione sanitaria e non di subirla. Alcuni esempi virtuosi in altre regioni possono essere di spunto per l'individuazione di soluzioni. In Veneto le case di riposo incaricano direttamente i medici per la cura dei propri residenti, a fronte del rimborso delle spese sostenute, nell'ambito di una convenzione con l'Amministrazione Regionale.

La presenza in casa di riposo di medici geriatri, in grado di assumere la direzione sanitaria delle strutture, di gestire i rapporti col sistema sanitario, di interagire con gli specialisti, di operare all'interno delle equipe multiprofessionali, di interloquire con le equipe infermieristiche e fisioterapiche è fondamentale e non più procrastinabile. Pertanto si sottolinea l'urgenza, rappresentata in tutta la sua evidenza dall'esperienza pandemica, di organizzare, con la presenza di medici di struttura - fissi e in numero ridotto - il governo clinico quotidiano nelle residenze. Proprio durante il covid la presenza costante dei medici di medicina generale è stata critica, in molti casi fortunatamente sono intervenute le USCA.

La figura del direttore sanitario potrebbe essere svolta da uno dei medici di struttura e comunque non può in alcuna maniera surrogare il ruolo dei medici nei nuclei di degenza, che rimane la vera priorità. Il direttore sanitario interloquisce più con l'esterno, abbiamo invece bisogno urgentemente di un monitoraggio clinico costante all'interno, supportato anche da maggiore minutaggio infermieristico. Rimane da capire su chi graverà l'onere del direttore sanitario, quale potere di coordinamento avrà sui medici di medicina generale,

come potrà essere incaricato o eventualmente inserito in una dotazione organica di un ente pubblico. In merito a quest'ultimo punto alcuni Enti locali hanno rappresentato la preoccupazione, con l'introduzione del medico di struttura o del direttore sanitario, di provocare un involontario cambio di natura giuridica dei Comuni, con una trasformazione verso organi a forte connotazione sanitaria, oltre tutto in contrasto con alcune sentenze della Corte dei Conti sull'assunzione di spese sanitarie.

3.3.2 Rivalutazione del fabbisogno di residenzialità

Il paragrafo non offre utili informazioni per elaborare un contributo sull'argomento. Sicuramente i criteri di definizione del fabbisogno diventano il punto di riferimento fondamentale per la definizione delle quote di posti letto accreditabili, così come previsto dal d.lgs 502/92. Non sfuggirà all'Amministrazione Regionale che l'evento pandemico ha determinato una riduzione importante dei posti letto, modificando profondamente la geografia del fabbisogno, che potrebbero determinare la messa in crisi profonda, fino alla chiusura, di alcune strutture.

3.3.3 Revisione D.P.Reg. 144/2015

In generale viene richiesta la possibilità di condividere alcune modifiche necessarie con l'Amministrazione Regionale e di potere apportare il proprio contributo. Desto molta preoccupazione l'annunciato inserimento di nuovi requisiti strutturali, a seguito dell'emergenza pandemica, nelle strutture protette, che già hanno affrontato nel recente passato un impegnativo percorso di riqualificazione e ristrutturazione degli immobili per soddisfare i requisiti minimi di cui al D.P.Reg. 144/2015. In questo senso è difficile immaginare che le strutture pubbliche possano reperire ulteriori risorse finanziarie per sostenere questi interventi. Inoltre molte residenze nei prossimi mesi dovranno approntare cantieri in molte aree dei propri immobili per gli interventi di efficientamento energetico e nell'ambito del bando EISA. Infine, per quanto sia condivisa l'importanza di contrastare in funzione antipandemica la promiscuità nelle residenze e di aumentare il confort ambientale, tuttavia la realizzazione di spazi di isolamento/filtro, riduzione dei posti letto nelle camere, la realizzazione di bagni a servizio delle camere richiede grossi investimenti e la contemporanea riduzione dei posti letto, che farebbero collassare, se non supportati, i bilanci aziendali e comunali.

Relativamente alla flessibilità sul minutaggio assistenziale si ritiene che la misura in se stessa possa avere una sua utilità nel modulare i diversi interventi, in una modalità di integrazione fra gli stessi. Tuttavia ciò non può andare a comprimere requisiti assistenziali che appaiono già molto bassi, in funzione di un'utenza che presenta quadri clinici e socio sanitari sempre più complessi. In questo senso si ritiene di rappresentare una forte preoccupazione per minutaggi assistenziali già molto bassi.

Viene apprezzata la previsione che la verifica degli standard di personale sia effettuata sulla effettiva copertura dei posti letto e non su quelli teorici.

Infine è necessario sottolineare che non trova trattazione il tema dei centri diurni semiresidenziali e dei centri residenziali specialistici nel tema delle malattie demenziali, un tema che ancora non ha trovato un suo spazio di trattazione adeguato.

3.3.4 Adozione Regolamento di accreditamento

Come già meglio descritto e motivato nelle premesse si ritiene che questo argomento richieda un impegno prioritario, anche al fine di colmare un ritardo del sistema regionale delle case di riposo. Vengono positivamente valutati i requisiti di accreditamento citati, che trovano nel documento regionale una loro elencazione. E' necessaria una fase ampia di approfondimento e confronto per offrire contenuto ai titoli di accreditamento in argomento. Si tratta di aspetti di grande impatto qualitativo all'interno delle strutture protette, che richiedono anche cambiamenti organizzativi importanti e necessari.

Non viene valutata positivamente invece l'introduzione dei requisiti strutturali anticovid fra gli standard di accreditamento, che dovrebbero riguardare invece fattori di processo.

Relativamente al punto a) non è chiaro cosa si intenda per responsabilità unitaria, soprattutto in enti pubblici in cui si stanno producendo modelli di governance diversi fra loro, dalla gestione diretta a quella mista, dall'appalto alla società in house.

Relativamente al punto b) si ritiene fondamentale avviare un piano formativo per gli operatori delle strutture protette che li proietti all'interno di un ambito geriatrico, e non generalista, con percorsi formativi specifici per l'assistenza ai grandi anziani. In questo senso sarebbe necessario prevedere l'introduzione di nuove figure assistenziali e di cura, ormai già diffuse nei più moderni setting di cura alle persone anziane.

Sempre all'interno del punto b) si pone la questione del reperimento del personale. Ad oggi ad ogni concorso pubblico delle Aziende Sanitarie assistiamo ad un depauperamento delle risorse umane strategiche (OSS e Infermieri) nelle residenze protette, in una guerra al reclutamento del personale fra "poveri". Impossibile oggi reclutare infermieri e gli operatori socio sanitari vengono ricercati in tutta Italia. Particolarmente grave la situazione delle aree montane o pedemontane, per diverse ragioni, anche geografiche, meno attraenti rispetto alla pianura, per le quali sarebbe necessario un urgente intervento ad hoc.

In merito alla qualificazione del personale va inoltre segnalato che si rende necessario affrontare alcuni approcci, che risultano ormai superati. Si continua a parlare di "animazione" all'interno dei servizi residenziali e diurni per anziani. La persona anziana non va "intrattenuta" ma accompagnata nel delicato ciclo di vita, ancor più se in una condizione di fragilità e isolamento.

L'accompagnamento nei cicli di vita è funzione pedagogico/educativa, non di animazione. I servizi alla persona andrebbero qualificati in una prospettiva di scienza pedagogica e non ricreativa. L'approccio umano-esistenziale, accanto agli interventi assistenziali e sanitari, dovrebbe emergere nel processo di progettazione del servizio e di qualificazione del personale.

Relativamente al punto d) si sottolinea quanto sia necessario valorizzare gli approcci personalizzanti e umanizzanti. Gli standard assistenziali vanno sicuramente garantiti, insieme agli standard di Qualità di vita per ogni anziano preso in carico, tuttavia in una visione globale dei suoi bisogni. E' necessario a nostro avviso che l'Amministrazione Regionale promuova processi di presa in carico globali della sua persona e del suo progetto di vita, in modo da non ridurre la persona anziana al mero bisogno socio-sanitario-assistenziale. Esistono ormai molti sistemi di valutazione della persona anziana vista nella globalità della sua vita (a titolo esemplificativo Qualità di Vita di Schalock, Verdugo, nato per le disabilità, ma applicabile alle persone anziane, fragili e/o con disabilità cognitive).

Relativamente al punto h) si rende necessario promuovere, con il supporto consulenziale dell'Amministrazione Regionale, sistemi di autovalutazione dei processi di qualità e condivisione di buone prassi tra strutture residenziali.

Risulta importante e positiva la previsione di aumento dei minutaggi infermieristici per i nuclei n2, così come di quelli assistenziali.

Infine si chiedono garanzie che la verifica del rispetto degli standard di accreditamento sia effettuato in maniera diffusa e puntuale, su tutti i soggetti del sistema della residenzialità e viene valutata positivamente la previsione di non accreditare strutture di livello base.

3.3.5 Revisione del sistema di finanziamento

Vengono qui richiamate le considerazioni descritte nelle premesse al presente documento, per le quali si ritiene di dovere procrastinare la trattazione della revisione del sistema di finanziamento dopo i necessari approfondimenti da una parte del regolamento di accreditamento e dall'altra degli sviluppi connessi al PNRR, al sistema dalla domiciliarità e della non autosufficienza nella sua organicità. In generale viene richiesto di potere effettuare i dovuti approfondimenti, di potere simulare gli impatti finanziari di ogni deliberazione assunta in tal senso, al fine di scongiurare l'esposizione a rischi finanziari degli enti pubblici gestori dei servizi e degli interventi, non da ultimo quello dell'integrazione retta. Va infatti ricordato in questa sede l'impegnativo tema dello stanziamento di fondi per garantire l'integrazione retta da parte dei Comuni a fronte di situazioni di cittadini incapienti a coprire gli oneri per l'accoglienza in struttura. L'esposizione dell'Ente Locale diventa ancor più impegnativa a fronte di collocamenti di persone che potrebbero non beneficiare della quota individuale del costo retta. Si ricorda, al proposito, che il cittadino non autosufficiente all'atto dell'ingresso in struttura può vantare un'autonomia economica iniziale che frequentemente decade in breve tempo dall'ingresso. Si ricorda inoltre l'impossibilità di far valere la compartecipazione di parenti agli oneri retta. Una volta definito il modello di finanziamento sarebbe importante potere costituire un tavolo di lavoro per elaborare una bozza condivisa di regolamento per la contribuzione assistenziale alle rette.

Tra gli aspetti da approfondire quella della convivenza di persone anziane integrate dalla impegnativa di residenzialità e altri a tariffa piena e della eventualità di posti letto non coperti (come avviene in regioni che adottano tale sistema).

Inoltre si ritiene che la revisione del sistema di finanziamento debba essere accompagnata da una verifica sull'applicazione dei livelli essenziali di assistenza del 2001, che trovano parziale applicazione nella nostra regione. Viene posta anche la questione se le quote socio sanitarie saranno adeguate alle sfide della nuova residenzialità e del loro collegamento con il budget di salute domiciliare. Viene apprezzata l'ipotesi di conferire direttamente alle strutture la quota sociosanitaria a rimborso degli oneri sostenuti e della quota premiante sul case mix. Tuttavia rimangono nell'incertezza gli importi e pertanto non risulta possibile una valutazione.

Viene valutata positivamente la definizione della quota sanitaria in funzione del profilo di bisogno, benchè venga segnalata la necessità di rendere più stabile e certo l'algoritmo della Valgraff. Si richiede che venga fatta una valutazione sulla possibilità di "agganciare" maggiormente la quota sanitaria al reddito delle persone accolte, in misura maggiore di quanto avviene tuttora.

Resta inoltre la preoccupazione relativamente al passaggio "Quota riconosciuta per ogni giornata di posto letto per non autosufficiente occupato". Proprio l'esperienza pandemica ci ha posto di fronte, forse per la prima volta negli ultimi vent'anni, al problema di posti letto non occupati nelle strutture pubbliche. La quota oneri sanitari oggi riconosciuta da convenzione per i posti letto convenzionati (e non occupati) ha consentito a alle strutture di gestire l'emergenza sanitaria con standard idonei e di non ricorrere alla riduzione di preziose ore di personale infermieristico e fisioterapico così come si prospetterebbe nell'ipotesi proposta. Inoltre vi sono diverse strutture con personale sanitario dipendente a tempo indeterminato che in caso di riduzione dei rimborsi sanitari, per minore copertura dei posti letto, non potranno ridurre di conseguenza i costi (impossibilità di accedere ad ammortizzatori sociali e di ridurre gli organici).

In ultima analisi viene richiesto più tempo per valutare approfonditamente i diversi aspetti collegati al sistema di finanziamento e in particolare modo eventuali altri modelli presenti in altre regioni.

3.3.6 Definizione di una retta di riferimento

In relazione all'introduzione di una retta di riferimento si sottolinea la complessità dell'argomento che richiede importanti approfondimenti, tra cui: l'inserimento tra gli indicatori di accreditamento, la riduzione di autonomia finanziaria che potrebbe comportare, la necessità di attestarsi su costi standard aggiornati agli ultimi anni (*cfr Pesaresi*), necessità di trasparenza rispetto ai servizi ricompresi nella retta (al fine di una

effettiva e consapevole scelta da parte dell'utente), effettiva capacità di confrontare le tariffe di soggetti con natura giuridica differente, possibilità di suo utilizzo per definire il confine massimo dell'intervento dei Comuni per l'integrazione delle rette.

3.3.7 Definizione di un modello unico di accordo contrattuale

Si esprime parere favorevole alla modalità di approccio.

3.3.8 Sviluppo sistemi informativi

Si conferma che l'implementazione dei sistemi informativi sono arrivati ad un buon grado di utilizzo da parte degli enti pubblici gestori di strutture residenziali.

In merito alla lista di attesa permangono invece molte perplessità, sostanzialmente determinate dalla poca comprensione del suo sistema di funzionamento. Le preoccupazioni maggiori sono relative:

- alla difficoltà che potrebbero incontrare i distretti sanitari (che ad oggi si comportano in maniera differente fra loro), se non opportunamente organizzati, nella sua gestione, con ricadute importanti finanziarie collegate alla tempestiva copertura dei posti letto (rischio di perdere giorni di occupazione);
- al collegamento fra la posizione in graduatoria e il godimento di una impegnativa di residenzialità;
- alla garanzia di potere continuare ad avere un case mix equilibrato di carichi assistenziali all'interno dei nuclei ovvero di potere accogliere residenti dei propri comuni. A tal proposito spesso - laddove le strutture siano gestite dall'Ente Locale che, quindi copre i disavanzi delle strutture con il proprio bilancio - la priorità degli accessi viene data con Regolamento Comunale ai residenti nel proprio Comune. Tale condizione si ritrova spesso anche in diverse ASP, con forte connotazione comunitaria.
- alla possibilità di fare accedere nelle strutture residenziali profili di persone con problemi prevalentemente di marginalità e casi sociali;
- alla questione di quali spazi realmente offrirà alla libera scelta del cittadino.