



Federazione  
Friuli Venezia Giulia

## **Proposta di Federsanità ANCI FVG**

**SU**

### ***Regolamento di definizione dei requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi nonché delle procedure per il rilascio delle autorizzazioni alla realizzazione e all'esercizio dei servizi semi residenziali e delle residenze per anziani.***

In relazione alla nota n. 238 del 7/2/2014 con la quale la Giunta Regionale poneva in attenzione la proposta di revisione del regolamento in oggetto e preso atto che lo stesso è stato approfondito dal Direttivo e dagli associati di Federsanità ANCI FVG, anche per conto di ANCI FVG, per le osservazioni di parte, si è costituito il gruppo tecnico di analisi composto dai rappresentanti amministrativi e direzionali delle Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona con il fattivo contributo degli amministratori comunali afferenti a Federsanità e ANCI FVG.

Federsanità ANCI FVG, nel valutare positivamente l'avvio del processo di riqualificazione da lungo atteso in modo particolare dalle strutture pubbliche, ha focalizzato la propria attenzione nel raffinare alcuni aspetti del documento che potrebbero certamente meglio qualificare il regolamento e consentire alle Asp una uniformità nell'applicazione attraverso il riconoscimento delle specifiche realtà, dimensioni, vocazioni, organizzazioni interne, ma anche di proiezioni strategiche a più lungo termine che considerino l'evoluzione del panorama socio assistenziale e sanitario regionale.

In prima analisi si propone una riflessione sulla reale attualità della quantificazione di posti letto per "**anziani non autosufficienti**": il bacino di utenza per tali casistiche si è modificato mentre rimane una residualità di soggetti autosufficienti. Si propone quindi che venga ridefinito il fabbisogno di p/l complessivi e per area al fine di poter programmare interventi di adeguamento e/o ampliamento.

Sotto il profilo delle verifiche ispettive e di vigilanza in capo alle Aziende Servizi Sanitari territorialmente competenti, ai Comuni ed alla Regione, si rileva che le metodiche indicate sia nella parte autorizzativa che ai fini della vigilanza sono oltremodo ridondanti ed il più delle volte non consentono una vigilanza continuativa atta a garantire al cittadino il livello di servizio conforme e costante agli standard che il regolamento prevede.

Si suggerisce quindi di **snellire l'onere di verifica e di autorizzazione** focalizzando le interlocuzioni con un unico referente (commissione regionale) che si ponga obiettivi di non tanto ispettivi e sanzionatori ma di monitoraggio e crescita della qualità in riferimento agli standard posti – soprattutto sotto il profilo assistenziale.

A tal fine si suggerisce di attivare una procedura di autorizzazione/accreditamento delle strutture che evidenzii anche gli standard assistenziali che ciascuna struttura – oltre a quelli minimi – garantisce all'utenza. Per quanto riguarda i parametri strutturali che la A.s.s. è chiamata a verificare paiono essere, allo stato, eccessivamente precisi rispetto a quello che è il panorama attuale delle strutture ricettive: la definizione di uno standard abitativo minimo potrebbe in effetti penalizzare le strutture che, anche solo per pochi cm, non siano conformi. Va da sé che l'adeguamento strutturale, in tali circostanze, è pressochè impossibile se non ad oneri economici gravosi e con riflessi di aumento delle rette di degenza. Si propone quindi la definizione di **standard indicativi non perentori**.

Gli stessi standard potrebbero essere oggetto di una disamina più raffinata in funzione di una visione più strategica e lungimirante dell'evoluzione del panorama socio assistenziale e sanitario regionale. Allo stato attuale infatti gli standard abitativi delle strutture sanitarie e delle strutture socio assistenziali non sono sovrapponibili. Si riterrebbe vantaggioso che ciò avvenisse producendo da un lato una **uniformità di parametrizzazione** e dall'altro la facilitazione per le strutture di assistenza nell'adeguarsi ai nuovi bisogni assistenziali e/o sanitari che si immagina potranno, nell'immediato futuro, essere chiamati a sostenere: ad es. RSA – Lungodegenza – Hospice – ecc.

Il confronto con tra le realtà Asp convenute ha evidenziato l'importanza di intervenire, in tema di **assistenza medica**. Le strutture di più grande dimensione vedono ora l'accesso di un numero importante di MMG, ognuno dei quali segue il proprio paziente in casa di riposo. Pare evidente la difficoltà che questa situazione produce sia sotto il profilo organizzativo che puramente sanitario e di continuità delle cure ed assistenza, in team con le altre figure professionali.

Si propone di favorire la possibilità di individuazione di un determinato numero di MMG di riferimento (con un rapporto non inferiore ad un medico ogni trenta ospiti) anche con contrattualizzare in via diretta.

Si suggerisce, inoltre, la possibilità di integrare anche i professionisti incaricati del servizio di continuità assistenziale- guardia medica che favorirebbe la continuità delle cure in ragione della diretta conoscenza delle casistiche e dell'organizzazione della struttura.

Per quando attiene la definizione delle caratteristiche **responsabile del governo assistenziale**, nel rilevare che il documento proposto prevede debba essere un Infermiere professionale, si evidenzia come le diverse esperienze delle Asp convenute rimandino ad una diversa valutazione: in talune circostanze e casistiche è infatti emerso come professionalità diverse (fkt, educatori, psicologi, ecc.) possano rivestire il ruolo di responsabile del governo assistenziale con

contributo di professionalità diverso e tale da meglio rispondere ad esigenze di relazione, prestazione, qualificazione della struttura/nucleo, che meglio risponde ai fini istituzionali e vocazione degli enti.

Nell'approfondita disamina della tematica dei **responsabili di struttura**, il gruppo di lavoro ha osservato come il documento in esame, talvolta fornisca indicazioni più restrittive di quanto già normato con la **legge regionale 19/2003**: ciò potrebbe produrre conflitti interpretativi rispetto alla legge che oggi è norma primaria di riferimento per le Asp.

Infine si propone di considerare l'opportunità e necessità di integrare il documento con un articolato dedicato ai **Centri Alzheimer** che tragga le fila da specifiche definizioni di standard assistenziali e strutturali, protocolli sanitari ed assistenziali, modelli gestionali appropriati. Attualmente infatti non vi è normativa di riferimento e ciò lascia spazio ad interpretazioni molto diversificate sia in tema sanitario che socio assistenziale in struttura.

Si coglie inoltre l'opportunità offerta dall'analisi del testo per proporre ulteriori elementi che potranno certamente qualificare l'attività strategica socio sanitaria regionale sul tema dell'assistenza agli anziani:

- **Abitare Possibile**: le strategie e legislazione adottata in ordine all'abitare possibile possono ora evolversi verso un potenziamento che da un lato delle realtà strutturali e dall'altro dei percorsi di assistenza che potranno vedere le Asp quali protagoniste nei processi di gestione dei bisogni dal domicilio, al semi residenziale, al residenziale. Le Asp sono - per vocazione, know how, modello organizzativo e professionalità di organico - i soggetti istituzionalmente preparati a realizzare nuovi modelli che operino non più per prestazione ma per progetto.
- **Contribuzione regionale differenziata**: i meccanismi economici legati alla contribuzione regionale per l'abbattimento delle rette devono ora sovrapporsi alla identificazione dei profili di bisogno. Le strutture residenziali hanno da tempo riclassificato l'utenza in funzione del profilo ed adeguato l'assistenza in funzione del bisogno: attualmente la contribuzione non si diversifica in ordine al profilo di bisogno e ciò riduce anche l'efficacia della riclassificazione.
- **Convenzione con l'A.s.s.**: attualmente ogni Azienda per i Servizi Sanitari sottoscrive una diversa convenzione con le Asp territoriali. Ciò realizza una platea di atti diversi e frutto di trattative dirette. Nell'ottica di una più organica e coerente relazione tra le Asp e le A.s.s si propone di favorire la definizione di modelli di convenzione unica con riconoscimenti, anche economici, uniformi.
- **Istituzione Tavolo Permanente**: si propone l'istituzione di un tavolo permanente che possa sostenere l'attività strategica regionale in tema di servizi socio assistenziali. Le diverse identità ed origini delle Asp, la loro collocazione sul territorio, l'attività istituzionale pubblica e la capacità ricettiva fanno delle Asp un osservatorio privilegiato rispetto le tematiche dell'invecchiamento, sia in ordine al bisogno socio assistenziale sia ad una più ampia analisi delle mutazioni della società nel suo complesso.

- **Processo di miglioramento della qualità:** i sistemi di monitoraggio attuali di erogazione delle risorse, minutaggi di assistenza richiedono un miglior livello di appropriatezza rispetto ai profili degli utenti (Alzheimer, terminalità, riabilitazione, disturbi cognitivi, ecc). A tal fine è necessario avviare un percorso di miglioramento e appropriatezza delle risorse impiegate finalizzato alla crescita qualitativa della prestazione nelle strutture regionali osservate.

*Udine, 30 aprile 2014*