

Osservazioni sul PNRR e sul nuovo Piano per la Non autosufficienza

Le Residenze per Anziani nel PNRR per la presa in carico e la gestione della non autosufficienza

Le Residenze per Anziani, note come R.S.A. (Residenze Sanitarie Assistenziali), devono essere inserite nel PNRR come soggetti qualificati per la gestione dei casi critici di non autosufficienza ma con una nuova visione, per gestire la presa in carico e tutta la filiera dei servizi extraospedalieri necessari ai cittadini Anziani e alle loro famiglie.

I soggetti gestori, a prevalente vocazione di residenzialità, hanno maturato conoscenza e competenza nella “presa in carico”, anche per le persone dimesse dai Pronto Soccorso e dai reparti ospedalieri, nella gestione della domiciliarità e in altri servizi al territorio (riabilitazione, accoglimenti diurni, etc.)

Le RSA assicurano la continuità delle cure a rilievo sanitario, garantendo un’elevata qualità della vita e fornendo servizi di alta professionalità. La loro attività non va vista come conflittuale con la domiciliarità, ma è con essa complementare ed integrata.

Le RSA sono attori responsabili e competenti nelle reti di prossimità e candidati naturali ad essere Casa della Comunità e Ospedale di Comunità, per il supporto all’invecchiamento. Sono in grado di gestire anche le Centrali Operative Territoriali-COT, alle volte già presenti, con nomi diversi, nelle Aziende Socio-sanitarie (Missione 6).

Le RSA operano già nella filiera, in molte Regioni vi è l’integrazione dei servizi sociali e sanitari, i Piani di Zona programmano e integrano i servizi; le RSA non si prendono solo cura dell’anziano ma anche dei care giver.

In coerenza con i cambiamenti sociali e demografici degli ultimi anni e oggi con il PNRR, esse stanno ridisegnando l’identità dei propri Presidi, per arrivare a una struttura multifunzione con molte proposte diversificate agli anziani e alle persone con disabilità.

È indispensabile rivedere il percorso storico del sistema socio sanitario, recuperare i preziosi contenuti della L. 328/2000, la realtà operativa della programmazione socio sanitaria e dei Piani di Zona, che non sono mai divenuti realtà concrete per tutto il Paese.

Pensiamo alle Poste Italiane, diffuse ovunque nel territorio italiano, che hanno trasformato i loro “sportelli postali” in punti vendita polifunzionali: anche le RSA possono trasformarsi e diventare punti di riferimento ed erogatori di servizi per tutti, essendo anch’esse diffuse capillarmente in quasi tutta l’Italia, nei quartieri, nelle città, nei paesi, ovunque.

Comuni e Residenze per un nuovo patto per l’anziano

La frammentazione dei servizi ostacola la presa in carico e aumenta i costi. In accordo con le Associazioni dei Comuni, nel Piano della non autosufficienza deve essere inserita la specifica incentivazione per i Comuni a delegare i servizi territoriali extraospedalieri, inclusi quelli domiciliari, a Centri di servizi pubblici e privati, in rete tra di loro. Deve essere effettuata, dagli enti competenti, una programmazione integrata che metta in rete tutti i servizi del territorio, per garantire una presa in carico globale.

Il presidio fisico del territorio è percepito dalla popolazione come un elemento arricchente la comunità: tutti i sindaci vorrebbero nel proprio comune la stazione dei Carabinieri, molti sindaci si battono per avere la “casa di riposo/RSA” nel proprio comune. Se i servizi “domiciliari” avranno sede nelle Residenze, avranno una maggior riconoscibilità sociale: si può partire da basi solide!

Qualificazione dei servizi e qualità della vita

Va introdotto un sistema di qualificazione e valutazione di tutti i servizi agli anziani, per assicurare la loro qualità della vita. Con l'aumentare delle risorse la valutazione non può più attendere, non si possono distribuire risorse senza poi misurare i risultati.

Occorre fare chiarezza sulle diverse definizioni, pur nel rispetto delle specificità territoriali: dalla domiciliarità all'housing, alle residenze leggere, alla RSA. Il cittadino ha bisogno di servizi di qualità, di qualunque natura essi siano.

Conoscere per programmare

Si possono censire tutte le unità d'offerta interrogando le Regioni, ma probabilmente non servono i Carabinieri, che hanno un'altra mission.

I servizi sociali, sanitari e socio-sanitari sono regionalizzati, con una diversità di politiche molto elevata. La frammentazione al loro interno è parimenti elevata. I servizi sociali e socio-sanitari sono molto poco conosciuti a livello centrale. Per impostare una politica seria sulla LCT, occorre fare uno sforzo per conoscere la realtà italiana nel suo insieme. Il presidio fisico del territorio è un plus che spesso paga, che fornisce valore, non solo nei servizi sociali: esso non può essere sconosciuto.

Superare la giungla dei contratti di lavoro

È necessario mirare a unificare i contratti di lavoro per garantire parità di condizioni tra diversi attori sul mercato. Oggi il settore è caratterizzato da una "giungla contrattualistica" (non solo Enti Locali, Uneba, Anaste, Aiop e Coop), altrimenti la concorrenza viene fatta non sulla qualità dei servizi ma sulla capacità dei singoli soggetti di ridurre il costo del lavoro, peraltro in un contesto storico ove personale sanitario e socio-sanitario letteralmente non si trova.

Il Geriatria di territorio

La carenza della risposta di presa in carico territoriale durante la pandemia si è dimostrata evidente nella gestione emergenziale, con pesanti ricadute nel sistema ospedaliero. Nei prossimi anni si dovrà rivedere anche la gestione complessiva del mercato del lavoro delle professioni sanitarie con particolare riguardo alla carenza di infermieri e di medici.

Da qui la proposta/azione da inserire nel Piano Nazionale della non autosufficienza sulla Geriatria di territorio nei seguenti termini:

- 1) Sperimentare il Geriatra di territorio per gli anziani ultraottantenni, tenendo conto delle specificità territoriali e geografiche, al posto del medico di base (sulla falsariga di quanto avviene per i minori con il Pediatra di libera scelta). Si liberano risorse ai medici di base ai quali potrebbe essere aumentato il massimale per l'assistenza medica dai 18 ai 79 anni.
- 2) Contestualmente il Geriatra di territorio può svolgere parte della sua attività anche come medico di struttura nelle Residenze sanitarie Assistenziali (RSA) e meglio raccordarsi con i sanitari ospedalieri nei casi di ricoveri per acuzie.

Linee guida per armonizzare i servizi in tutta Italia

Con la “*regionalizzazione*” post modifiche costituzionali 2001, in Italia coesistono diverse fasce del sistema di cura per la non autosufficienza della persona anziana, ovvero:

- Centri servizi alla persona con offerte anche differenziate (*dal domiciliare al residenziale, poli funzionali e dedicate anche all’invecchiamento attivo*): Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Province autonome di Trento e Bolzano, Veneto;
- Residenze sociosanitarie per anziani RSA (*residenzialità prevalente*): Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Toscana;
- Case di Riposo pubbliche e private: le altre regioni.

Occorre costruire Linee Guida, nel rispetto delle identità regionali, che definiscano:

- I nomi e le identità delle strutture d’offerta con le loro caratteristiche di base;
- Le caratteristiche e gli algoritmi dei sistemi di valutazione multidisciplinare, perché la persona sia valutata allo stesso modo nelle diverse regioni e quindi abbia gli stessi diritti;
- Le caratteristiche e le modalità operative del sistema di cura per la non autosufficienza, con un processo di revisione pluriennale “*a diversa velocità*”, ma con incentivi per le regioni che riescano a raggiungere determinati obiettivi alle scadenze date;
- I bacini ottimali d’utenza (*in % di popolazione anziana e rapportati al territorio*);
- Le regole per la presenza nel sistema dei soggetti pubblici, del terzo settore e del privato accreditato, a parità di condizioni e di regole di mercato a favore dell’utenza;
- La risposta ai bisogni della persona anziana e soprattutto alla sua reale e libera scelta, che può avvenire attraverso i Punti Unici d’Accesso, composta da quattro aree contigue ed integrate, flessibili, con un unico gestore ed unità di gestione territoriale che raccolga tutte le risorse disponibili:
 - o Domiciliarità in senso ampio, compresi tutti i servizi al suo supporto;
 - o Semiresidenzialità con i Centri Diurni protetti;
 - o Residenzialità leggera con il co e senior housing ed alloggi protetti domotizzati;
 - o Residenzialità - anche temporanea - per i diversi livelli di non autosufficienza.
- Nei termini di efficienza ed efficacia, si deve poter investire sulle risorse professionali e strutturali esistenti.

La capacità di governo della filiera deve sottostare a competenze e capacità imprenditoriali, aziendali, politiche.

Finanziare gli strumenti informatici

Il PNRR deve finanziare i sistemi informatici per il piano della non autosufficienza che ne definisce il modello.

Cambiare la indennità di accompagnamento

Tenuto conto dei *care giver* familiari, va introdotta la possibilità di ottenere un Buono di indennità di accompagnamento, piuttosto che in denaro, che l’utente possa utilizzare presso i gestori qualificati e accreditati. Serve una strategia di sviluppo per intervenire sulla spesa privata, che aumenterà e va intercettata, altrimenti andrà da chi si sa vendere meglio.

In sintesi

Affrontare il problema, per dare risposte concrete ad Anziani e loro famiglie quando insorge una non autosufficienza nelle attività della vita quotidiana, mettendo la Domiciliarità come servizio prevalente è velleitario e non risponde alle reali esigenze delle persone fragili, sole e fortemente compromesse, che necessitano di assistenza 24/7 e non solo per poche ore la settimana.

La Residenzialità è un servizio irrinunciabile per poter gestire razionalmente ed efficacemente la presa in carico in tutto il percorso di vita della persona non autosufficiente e le RSA sono già oggi in grado di inserirsi in tutta la filiera della non autosufficienza.

Occorre qualificare, conoscere, predisporre Linee guida per armonizzare i servizi su tutto il territorio nazionale, orientare tutto alla qualità della vita dell'Anziano dal momento in cui si affacciano i primi segnali di perdita della autonomia.

È indispensabile un unico "punto di riferimento" capace di dare risposte mutevoli rapide ed efficaci (oltre che efficienti) ai repentini e continui cambiamenti delle richieste dei bisogni dei desideri della Persona "Anziano" e sua famiglia.