

RSA BERGAMASCHE: UN PILASTRO DEL WELFARE NEL NOSTRO TERRITORIO

La legge regionale n. 23 del 2015 «Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo» prevede un'organizzazione che separa nettamente tre funzioni chiave: la programmazione, l'erogazione e il controllo delle prestazioni, continuando a mantenere la logica della libera autoregolazione.

Le successive modifiche ed integrazioni, emanate nel corso delle ultime legislature hanno confermato e rafforzato questa logica che ha lasciato, di fatto, il cittadino solo, disorientato e confuso nel trovare risposte adeguate ai suoi bisogni sociali e sanitari

Infatti l'attivazione delle Agenzie Socio Sanitarie Territoriali, che aveva tra gli obiettivi principali quello di integrare l'ospedale con il territorio, non ha per nulla raggiunto lo scopo. Anzi, ha ulteriormente "ospedalizzato" il sistema non curandosi di pianificare, attivare e gestire i servizi sanitari e sociali sul territorio.

Le conseguenze negative di queste politiche e del mancato governo - presidio del territorio si sono rivelate in tutta la loro drammaticità nel corso dell'infezione da coronavirus SARS-Cov-2

La pandemia dunque, con tutti i suoi tragici effetti, ha messo ancora più in evidenza come sia necessario ripensare il complesso del nostro sistema socio assistenziale e sanitario.

Nel corso degli ultimi anni sulle famiglie si è scaricata una molteplicità di problemi.

Hanno dovuto, spesso, ricorrere al fai-da-te per l'assistenza alle persone fragili.

In alcuni casi con un care giver familiare, quasi sempre donna, oppure ricorrendo ad un'assistente familiare (regolare o meno), contattando di volta in volta i diversi specialisti sanitari clinici e/o assistenziali, cercando di districarsi tra i servizi garantiti dal sistema sanitario e/o dagli enti locali o tra quelli del privato sociale.

A questo riguardo occorre ricordare come la struttura della famiglia abbia subito in breve tempo una profondissima trasformazione, così che oggi abbiamo nuclei familiari molto meno numerosi e più "allungati".

Gli ultimi indici demografici non sono certo incoraggianti: il tasso di ricambio e di natalità sono in continuo ribasso mentre quello di invecchiamento della popolazione è in costante aumento.

Con gli effetti della pandemia, soprattutto sul fronte delle ricadute economiche e del lavoro, questo fenomeno rischia di accentuarsi ulteriormente e la condizione di donna di età media, con figli adulti da aiutare e genitori da assistere, è destinata a crescere, se non si interviene sul piano della riorganizzazione dei servizi di welfare.

Un problema che andrebbe subito affrontato e risolto è quello della mancanza di un punto d'accesso a cui le persone possano rivolgersi per avere informazioni certe e tangibili relative a tutti i servizi presenti sul territorio.

In teoria questa funzione dovrebbe essere svolta dai PAT (Punti di Accesso Territoriali), che seguono ai CeAD al SUW, ai PUA e via elencando: tanti acronimi per servizi mai funzionati. Ma, nella generalità dei casi, non è così. Nella migliore delle ipotesi i cittadini si rivolgono agli sportelli sociali attivati dai sindacati e/o dalle associazioni di volontariato, alle assistenti sociali per i servizi erogati dal comune, all'ATS o ASST per i servizi a carattere sanitario ecc., luoghi dove si ottengono sì alcune informazioni ma mai una ricomposizione della domanda.

In sostanza, la logica di self-service che governa il sistema, sbandierata dalla Regione come possibilità di libera scelta del cittadino, determina la condizione di poter ottenere una serie di singole prestazioni ma non coordinate tra loro e che non raggiungono certo l'obiettivo della presa in carico globale.

Tanto meno, consente una valutazione multidimensionale del bisogno e, quindi, la conseguente costruzione di una risposta complessiva effettuata da un insieme di professionisti integrati e coordinati tra loro

E' fondamentale perciò ripristinare un'adeguata e appropriata modalità organizzativa territoriale simile, se non uguale, al distretto socio sanitario

In questo contesto i medici di medicina generale, i medici di continuità assistenziale e le USCA devono essere pienamente coinvolti se si vuole raggiungere lo scopo di una piena integrazione tra professionisti, partendo dall'attivazione delle aggregazioni funzionali territoriali (AFT), come peraltro previsto dalla norma.

Ciò faciliterebbe l'attivazione di un servizio H 24, fornendo una risposta qualificata ai cittadini ed evitando che si rivolgano, impropriamente, al Pronto Soccorso.

Sarebbe anche auspicabile che queste strutture fossero dotate di una minima strumentazione diagnostica e che prevedessero una maggiore ed articolata presenza di personale clinico ed assistenziale

E' utile ricordare che il DL 34/2020, all'articolo 1 (disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale) mette a disposizione risorse per la sanità territoriale, a partire dal finanziamento mirato alle USCA, agli infermieri di famiglia/comunità e assistenti sociali. Sarebbe auspicabile che questi fondi venissero destinati ad una reale riorganizzazione del servizio territoriale prevedendone una pianificazione pluriennale invece che investirli nelle solite precarie sperimentazioni cui ci ha abituato regione Lombardia.

Insomma, le ragguardevoli risorse messe a disposizione per i servizi territoriali dal decreto rilancio devono essere rapidamente finalizzate ad un serio ripensamento della territorialità e non certo considerate come semplici risorse aggiuntive, che manterrebbero inalterato lo status quo.

Oggi la domiciliarità è, principalmente, rappresentata dall'ADI e dal SAD. L'assistenza domiciliare integrata (ADI) ha una valenza prettamente sanitaria; per integrazione, in questo caso, si intende la compresenza di diverse figure professionali e non certo l'intreccio con la parte socio assistenziale; il SAD invece risponde ad un bisogno di servizi sociali ed è garantito dal Comune. Purtroppo, molto raramente i due servizi dialogano tra di loro.

Ecco perché riteniamo opportuno ripristinare unità operative come i Distretti che, come già detto, operano con un insieme di professionisti sanitari e riattivare un confronto più serrato con gli ambiti territoriali, al fine di coordinarsi - lo ribadiamo - per raggiungere l'obiettivo di una presa in carico della persona nella globalità dei suoi bisogni.

Non si può trattare di domiciliarità senza parlare della "casa" intesa come abitazione della persona che necessita di assistenza. La casa va adeguata e dotata dei comfort necessari alla persona anziana che la abita, (la domotica potrebbe aiutare molto), vanno garantiti servizi di prossimità, negozi di quartiere, portierato sociale, servizio infermieristico ecc. vanno cioè create le condizioni affinché la persona possa, prioritariamente, continuare a vivere - e non sopravvivere - nella propria abitazione e nel proprio contesto sociale.

La semiresidenzialità o la residenzialità devono essere scelte determinate da gravi disabilità ingestibili al domicilio e non una soluzione al problema della mancanza di risposte assistenziali sul territorio.

Per questa ragione anch'esse devono essere organizzate efficacemente nella rete complessiva dei servizi territoriali.

Le RSA bergamasche rappresentano un pilastro importante del nostro welfare e, purtroppo, stanno vivendo un momento di grande difficoltà accentuata dal dramma del Covid 19.

Il sistema conta su una solida tradizione e su ben 65 strutture accreditate, è un segmento importantissimo del complesso delle prestazioni di welfare e socio sanitarie e, proprio per

questo, devono entrare a maggior titolo nel progetto di rivisitazione della medicina e dell'assistenza territoriale.

In quest'ottica, va sempre e ben tenuto presente che il sistema delle RSA si compone di strutture autonome, salvo la funzione di autorizzazione, accreditamento e controllo di regione Lombardia per mezzo della ATS e salvo il convenzionamento che potrebbe derivare da una ipotesi di ridisegno di una parte della sua mission.

In buona parte si tratta di fondazioni, come le ex IPAB, in cui gli amministratori sono indicati dagli enti locali; a Bergamo abbiamo solo una struttura comunale: Cene.

All'epoca dell'ultima riforma delle R.S.A. abbiamo sostenuto con convinzione la scelta del modello fondazione proprio perché la designazione in sede locale dei consigli di amministrazione garantiva un radicamento ed un intreccio organico con il territorio.

Il sistema non ha bisogno di ulteriori "sovrastutture".

Riteniamo, piuttosto, necessari interventi legislativi ed organizzativi che lo regolino e lo rivedano alla luce dei mutati bisogni delle persone anziane e delle diverse offerte ad essi destinate.

Bisognerebbe agire su alcuni aspetti tra cui l'analisi dei nuovi bisogni, l'integrazione nella rete socio sanitaria, il governo della domanda, la revisione delle modalità di finanziamento, anche attraverso una pianificazione strategica che non sia basata sulle solite "sperimentazioni" ma si sviluppi con gradualità e continuità.

Si ricorda, a titolo di cronaca, come negli anni scorsi, in occasione della definizione dei piani di zona una delle carenze rilevata era il mancato "protagonismo" delle RSA negli accordi di programma. Questa lacuna andrebbe oggi colmata.

Si potrebbe anche ripensare e integrare la mission delle RSA rivedendo, almeno in parte, la tipologia di servizi da erogare con il potenziamento dei servizi rivolti alla domiciliarità, l'attivazione di alloggi protetti, la realizzazione di degenza di comunità, quindi con posti letto dedicati alla riabilitazione (mantenimento e general-geriatrica) e di degenza per cure intermedie etc.

Nelle strutture si potrebbero, cioè, riservare alcuni posti letto per l'integrazione socio sanitaria e non certo per il Covid, distribuiti a seconda dei bisogni del territorio, delle caratteristiche delle singole fondazioni, sulla base di una loro libera scelta.

Secondo questa ipotesi si potrebbe determinare un volume significativo di residenzialità intermedia tra l'ospedale ed il territorio.

Se ipotizzassimo una percentuale del 10 per cento avremmo in teoria una disponibilità di circa 600 posti letto.

Al netto dei nuclei Alzheimer o dei posti comunque impegnati per patologie simili, questa capienza recettiva potrebbe integrarsi appieno, come si diceva prima, con la rete socio sanitaria assistenziale del territorio, arricchendola.

Le strutture potrebbero anche ospitare ambulatori medici territoriali. E' di poche settimane fa l'idea lanciata dai comuni della valle Brembana di realizzare un ambulatorio di medicina territoriale a Zogno. Perché non farlo in casa di riposo?

Alcune RSA, certamente non tutte, sono già strutturalmente attrezzate. Quelle di minori dimensioni, che vivono difficoltà da tempo, potrebbero associare alcune funzioni.

Per fare tutto questo si dovrebbe, naturalmente, implementare gli operatori dedicati, prevedere una presenza maggiore dei medici di medicina generale, insomma configurare dotazioni professionalmente adeguate di personale.

I posti letto convenzionati, a carico del sistema sanitario pubblico, specificatamente finanziati, costerebbero meno di quanto costerebbero in un presidio ospedaliero.

Non solo, ma sulla base di quote di finanziamento naturalmente tutte da definire, le RSA potrebbero beneficiare di un impatto economico molto più vantaggioso rispetto a quello derivante dalle rette e dal contributo regionale.

Impatto che potrebbe riverberarsi positivamente, in qualche caso, sul contenimento delle rette medesime.

Una funzione di coordinamento o di indirizzo di queste attività potrebbe essere posto in capo ai presidi ospedalieri riconvertiti: Gazzaniga e Calcinate ad esempio, se non anche al Gleno.

Già alcuni anni or sono si era affacciata questa ipotesi ma nelle tante pieghe dei primi provvedimenti di riforma sanitaria della regione le RSA erano sostanzialmente state escluse, per via della insostenibilità delle funzioni rispetto ai finanziamenti.

Una cosa simile si era verificata, e si verifica ancora oggi, anche per l'ADI: i costi non erano, e non sono, adeguatamente coperti dagli esigui finanziamenti

Sarebbe utile, infine, riconsiderare i progetti di RSA aperta.

A senso mantenere quel tipo di servizio voucherizzato?

Probabilmente no; sarebbe più utile utilizzare quelle risorse nel progetto più ampio e organizzato di cui sopra. Occorre cioè convogliare i diversi finanziamenti in una progettualità più strutturata, che tenga insieme ATS-ambiti-ASST-organizzazioni datoriali e sindacali

Ovviamente vanno rivisti, come si diceva sopra, i criteri per l'accoglienza prevedendo il reale funzionamento delle UVM (unità valutazione multidisciplinare) che nella loro valutazione tengano conto dell'effettivo bisogno assistenziale della persona e dell'urgenza della richiesta d'accesso.

Da ultimo, per le degenze ordinarie, va rivista la modalità di remunerazione delle prestazioni prevedendo il riconoscimento pieno della parte quota sanitaria convenzionalmente stabilita da parte della regione (cosa che oggi non accade e che, anche in questo caso, consentirebbe di calmierare la quota alberghiera e garantire condizioni contrattuali dignitose al personale), rimodulando il valore dei SOSIA (scheda di Osservazione Intermedia dell'Assistenza) fermo ormai da diversi anni.

Inoltre, in questo frangente particolare, va previsto un riconoscimento straordinario per contribuire ai vuoti creati nelle strutture a causa della pandemia, attingendo dai fondi nazionali ed europei (Mes compreso)

Tutto ciò senza snaturare minimamente la vocazione della residenzialità per persone anziane non autosufficienti, prestando la debita attenzione alle prestazioni e alle cure volte a garantire una buona qualità della loro vita, senza accanimenti terapeutici di sorta, senza cioè ospedalizzare l'assistenza alle persone anziane in stato di bisogno.

Infine, ma è forse la priorità di oggi, va sbloccata nei tempi più rapidi possibili la riammissione di ospiti nelle strutture che garantiscono condizioni e misure di sicurezza inappuntabili: una risposta ai bisogni delle famiglie con parenti in lista d'attesa, alla sostenibilità economica del sistema e alle condizioni occupazionali dei dipendenti.

Bergamo, 31 luglio 2020