

PROPOSTE DI REVISIONE DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO E ASSISTENZIALE DELLA CITTA' METROPOLITANA DI BOLOGNA

Dopo lo sconvolgimento rappresentato dall'emergenza Covid 19, purtroppo tutt'ora in atto e connotata come "seconda ondata", con tutto il suo carico di diffusione di contagi e di decessi, tutti i principali interlocutori che si occupano di sistemi socio sanitari e assistenziali hanno sottolineato esigenza di procedere ad una revisione significativa del nostro sistema. Spi, Fnp, Uilp del territorio di Bologna intendono partecipare con un proprio contributo di merito a questa discussione, anche in relazione al confronto che si aprirà con la Regione Emilia-Romagna, e in modo più diretto dentro la Conferenza Territoriale Socio Sanitaria Metropolitana (d'ora innanzi CTSSM). Gli elementi che prendiamo a riferimento sono sostanzialmente cinque : la situazione dalla quale partiamo, tenendo conto sia dei problemi che già avevamo ben presenti, sia delle criticità emerse con l'emergenza Covid 19; il percorso, a livello di CTSSM, sulle forme d'integrazione nell'area metropolitana di Bologna denominato "Sanità del futuro"; il documento SPI-FNP- UILP regionali sulle politiche socio-sanitarie su cui si è già prodotta una prima discussione; il necessario collegamento con le misure e le risorse stanziare dal decreto legge (decreto rilancio) n.34 del maggio 2020, e soprattutto quelle del Recovery Fund; le rivendicazioni che stiamo portando avanti a livello nazionale: legge quadro sulla non autosufficienza, definizione dei LEPS (livelli essenziali delle prestazioni socio sanitarie) e interventi di carattere fiscale.

E' necessario insistere per chiedere al Governo che intervenga nei confronti della Commissione Europea per ottenere l'attivazione del MES , pari a 36 miliardi, indispensabili per consentire una riorganizzazione della sanità e del socio sanitario e assistenziale.

Il quadro a cui facciamo riferimento, come evidenziato sopra, presentava, già prima dell'emergenza Covid 19, delle criticità più volte denunciate dalle OO.SS. e spesso riconosciute anche dalle stesse controparti.

Dobbiamo perciò cominciare questo percorso dall'inizio, partendo innanzitutto dal contesto in cui è inserito il sistema e "fare una fotografia" della situazione attuale, sottolineandone le criticità vecchie e nuove.

- **le attività di prevenzione**, con particolare riferimento alla presa in carico delle fragilità con l'obiettivo di procrastinare il più possibile il decadimento fisico e soprattutto cognitivo, sono numerose sul nostro territorio (i progetti a-care, progetti obiettivo di quartieri e comuni, progetti con il volontariato ecc)...

CRITICITA': i distretti hanno in carico solo la parte minore dei soggetti interessati. In sostanza si tratta solo di quelli che autonomamente si sono rivolti ai servizi o che comunque sono conosciuti ai servizi stessi, anche attraverso segnalazioni di soggetti pubblici e/o privati, all'interno di una casistica più casuale che programmata. Si tratta quindi di attività di prevenzione non a disposizione di tutti coloro che ne potrebbero usufruire, anche perché non conosciute e spesso senza un collegamento sistematico con il dipartimento di continuità assistenziale ed in particolare con i MMG;

- **gli interventi sulle abitazioni (attraverso l'utilizzo delle tecnologie domotiche), l'abitare sociale e/o solidale e il cohousing per anziani** sono ancora purtroppo esperienze di carattere sperimentale che coinvolgono pochi soggetti e che presentano alcune difficoltà di applicazione a partire dal costo degli interventi di ristrutturazione, dall'individuazione degli spazi e dalla volontà di intraprendere un percorso di convivenza e/o di cambiamento. In un'ottica di prospettiva del processo di invecchiamento della popolazione queste misure rappresentano una risposta importante sia per l'agibilità in ambiente domestico, sia per la razionalizzazione degli spazi, sia per la possibilità di rispondere ai problemi dell'isolamento e della solitudine degli anziani.

CRITICITA': uno dei temi con cui confrontarsi è quello di carattere culturale legato al senso di proprietà e di bisogno di stabilità degli italiani. L'appartamento (di proprietà, ma anche quello in affitto) per la maggioranza degli anziani è la CASA, vissuta come luogo proprio ed intimo, difficilmente condivisibile con altri o abbandonabile per andare altrove. Questo attaccamento alla propria abitazione fa parte di una cultura dell'autonomia e dell'indipendenza che si identifica spesso nel luogo e non nelle capacità della persona e nell'adeguatezza dell'immobile rispetto alle esigenze collegate alla condizione fisica e di salute dell'individuo. Inoltre per la ristrutturazione spesso sono necessarie risorse economiche significative che esporrebbero a difficoltà finanziarie molti anziani. Infine non è mai stato realizzato in modo efficace il collegamento tra le politiche dell'abitare, la ristrutturazione della casa come possibile sostitutivo del servizio di assistenza domiciliare e le risorse per l'abbattimento delle barriere architettoniche nelle abitazioni pubbliche e private.

- **l'assistenza domiciliare** è uno dei punti cardine del nostro sistema socio sanitario sul quale vengono indirizzate una buona parte delle risorse del fondo per non la autosufficienza (anche se la maggioranza delle risorse è riservata alla residenzialità), che, tra l'altro viene riconfermato e rafforzato anche nel decreto legge "rilancio". L'assistenza domiciliare viene erogata dal servizio pubblico con una gestione prevalentemente a carico di personale dipendente da cooperative sociali, mentre per la parte sanitaria viene gestito dalla AUSL. Le valutazioni vengono svolte da una equipe multiprofessionale che definisce un piano individuale di intervento assistenziale. In genere, il servizio si articola con la presenza di alcuni professionisti per alcune ore alla settimana.

CRITICITA': da tempo i servizi forniti dall'assistenza domiciliare sono stati giudicati inefficaci e da molti è riconosciuta l'esigenza di una profonda revisione delle modalità, dei tempi e della qualità di risposta ai bisogni delle persone di questi servizi. Siamo in presenza di una contrazione delle richieste da parte degli anziani, evidenziata anche dai dati rilevati dagli sportelli sociali, che denuncia il fatto che molte famiglie "si arrangiano" come possono. Anche per questo è ormai ineludibile la necessità di interventi significativi per renderli maggiormente fruibili e soddisfacenti, se non vogliamo continuare ad investire risorse importanti in servizi che non hanno il gradimento degli utenti, alimentando aspettative che non trovano risposte.

- **i centri diurni** rappresentano una risposta relativamente nuova ai bisogni delle persone parzialmente non autosufficienti, con problemi motori e/o di carattere cognitivo. In genere, si tratta di un servizio abbastanza gradito e necessario, anche se spesso risponde ad esigenze temporanee sia per gli aggravamenti psicofisici

degli ospiti che necessitano di servizi più strutturati, sia per problematiche legate all'impegno da parte di figli o parenti per il trasporto degli ospiti.

CRITICITA': i problemi da segnalare potrebbero essere quelli relativi a: 1) offerta troppo limitata nelle giornate settimanali del servizio (molti ospiti vanno nei centri diurni solo per uno o due giorni alla settimana) e se da un lato questo consente di ampliare la platea degli ospiti, dall'altro costringe le famiglie a dover trovare altre soluzioni che siano in grado di dare continuità assistenziale; 2) orari giornalieri molto simili a quelli dei servizi educativi che, come sappiamo, spesso non conciliano con gli orari di lavoro o di attività dei parenti; 3) trasporto dell'ospite che spesso è a cura di parenti o comunque a carico delle famiglie che non sempre riescono ad organizzarsi.

- **residenze per anziani (CRA, case di riposo)** sono le strutture dove chi viene ospitato molto spesso resta fino alla fine della sua vita. E' utile riprendere la fotografia dell'esistente: queste strutture sono un alto condensato di fragilità rappresentato da ospiti molto anziani, con pluri-patologie e non autosufficienti, da spazi spesso non adeguati per consentire l'isolamento o la suddivisione tra contagiati e non, massima copertura dei posti letto, operatori socio sanitari non adeguati ad affrontare problemi sanitari. A questo quadro va aggiunto che sono luoghi dove circolano molte persone che vengono dall'esterno o da altre strutture (lo stesso problema degli ospedali, ma con meno strumenti di protezione)

CRITICITA': la prima (come si già si evidenziava) è rappresentata dalla presenza pressoché totale di anziani molto fragili e non autosufficienti con gravi problemi cognitivi e motori. La seconda è la presenza largamente insufficiente di personale sanitario qualificato e anche quello assistenziale dovrebbe essere formato per avere maggiori conoscenze di carattere sanitario e per sapere riconoscere i principali sintomi di malattie contagiose e di quelle che colpiscono maggiormente le persone anziane (cardiocircolatorie, renali, respiratorie, di confusione cognitiva ecc). La terza è l'agibilità e la fruibilità di molte strutture, le attrezzature, l'utilizzo di strumenti per la diagnostica, gli spazi per attività motorie ecc. La quarta è il rapporto tra gli operatori e i parenti e i caregiver, spesso legato solo a momenti di emergenza o di particolari situazioni di difficoltà o di peggioramento delle condizioni dell'ospite. La quinta è la modalità molto standardizzata (modello ospedaliero) in particolare per l'alzata e il dormire che avviene intorno alla 18,30.

In sintesi, perciò vanno riviste le regole dell'accreditamento perché sono emerse tutte le difficoltà e le criticità di un sistema che da un lato lascia molti margini di discrezionalità anche per problemi di verifica e controllo sistematico da parte della AUSL, dall'altro presenta rigidità che spesso favoriscono l'allineamento sul livello più basso della scala delle possibilità.

Per procedere ad una profonda revisione del sistema socio sanitario e assistenziale è necessario mettere mano all'impianto complessivo del sistema stesso definendo innanzi tutto una nuova cornice dentro la quale si dovrà collocare "la filiera dei servizi" che hanno bisogno di essere innovati, messi in rete e interconnessi per rispondere a bisogni nuovi e vecchi mai presi in considerazione.

La cornice deve prevedere un forte collegamento tra sanità territoriale e la rete ospedaliera attraverso una relazione costante e sistematica tra le strutture (i gestori), i professionisti, il personale sociosanitario e sanitario. Le tre Aziende della città metropolitana devono mantenere e sviluppare una strategia comune di azioni e interventi in rapporto continuo con la sanità territoriale, dando concretezza a quelle che sono le linee

di intervento proposte nel documento conclusivo del progetto “La sanità del futuro”. Il progetto sui dipartimenti di sanità pubblica, il dipartimento di continuità assistenziale e un ruolo rafforzato dei distretti socio sanitari, deve diventare la chiave di volta su cui si regge l'intero sistema. In aggiunta alle somme già stanziare nella legge di bilancio 2020, il decreto “rilancio” prevede ulteriori 3,250 miliardi di risorse per la sanità , di cui 1,256 miliardi destinati alla sanità territoriale che devono servire per un nuovo progetto, che partendo dalle criticità del vecchio sappia riscrivere in meglio gli interventi di prevenzione e di welfare nei confronti delle persone anziane e non autosufficienti. Nella cornice va inserita l'attuale equipe multi-professionale (nella quale andrebbero inserite anche nuove figure professionali) che si dovrebbe collegare con le **USCA (unità speciali di continuità assistenziale) il cui ruolo va consolidato, assumendo compiti strutturali di orientamento e controllo, che devono ricomprendere anche i MMG e gli infermieri di quartiere/comunità (figura strategica per la gestione dell'assistenza e della cura di malattie croniche e di persone non autosufficienti)**. Tutti i MMG dovrebbero essere coinvolti e al di là della loro presenza o meno all'interno delle Case della Salute, tutti dovrebbero mettersi in rete tra di loro e con gli USCA e l'equipe multiprofessionale.

Il MMG dovrebbe essere il primo anello della catena della continuità assistenziale che in relazione con le USCA e in rapporto con l'equipe multi professionale, dovrebbe seguire il percorso di valutazione e di intervento sanitario e socio assistenziale del proprio assistito. In questo senso riteniamo sia giunto il momento di rivedere in modo significativo e sulla base delle esperienze relative all'emergenza Covid 19, la normativa nazionale che risale agli anni '90 sui MMG , prevedendo la possibilità che vengano assunti direttamente dal SSN, favorendo le condizioni che almeno una parte si occupi anche di problemi geriatrici (visto che gli specialisti in geriatria sono troppo pochi).

LE NOSTRE PROPOSTE:

Nell'aprile 2019 è stato presentato il documento “CARTA DEI DIRITTI RESPONSABILI DELLE PERSONE ANZIANE”, frutto di un percorso di lavoro condotto da un gruppo inter-istituzionale composto da rappresentanti delle istituzioni pubbliche e di forme organizzate della società civile e oggetto di un percorso di ascolto nella Città Metropolitana: è un importante primo traguardo ed è opportuna una verifica sulla implementazione dei contenuti e degli obiettivi.

Il primo nodo strategico per una programmazione adeguata del sistema è la conoscenza del quadro della situazioni di fragilità e di criticità delle persone anziane non autosufficienti o con capacità psicofisiche ridotte del nostro territorio; uno dei problemi principali è infatti che la “presa in carico” da parte dei servizi riguarda solo il 75/80% di coloro che ne avrebbero bisogno. Tutte le più recenti indagini demografiche, fra le quali è opportuno menzionare il lavoro svolto dal demografo Gianluigi Bovini, dal Comune di Bologna e dall'Ufficio Statistica della Città Metropolitana, evidenziano un progressivo e costante aumento sia della longevità che del numero dei cosiddetti “grandi anziani” con più di ottant'anni; questa buona notizia comporta il dover fare i conti con un aumento dell'incidenza di patologie, di problemi di salute e di conseguenza anche con un aumento del bisogno sociale e sanitario, e di una riprogettazione della rete dei servizi socio-sanitari.

Il secondo nodo strategico per il funzionamento del sistema è l'integrazione tra le attività sociali e socio sanitarie e quelle sanitarie. In questo senso, si ritiene fondamentale lavorare sulle proposte contenute nel documento "La sanità del futuro": consolidamento del ruolo dei Distretti – attraverso una responsabilizzazione del ruolo della loro dirigenza "tecnica" - e parallelamente degli organismi politici sovracomunali, al fine di adottare decisioni il più possibile omogenee e condivise; implementazione dei dipartimenti di continuità assistenziale; investimenti sulla medicina di genere; valorizzazione della rete delle cure palliative, che costituisce un pilastro fondamentale nella presa in carico dei pazienti (e delle loro famiglie) in una fase molto delicata, che richiede un'attenzione particolare e il riconoscimento del diritto a cure e assistenza dignitose nella parte terminale della propria esistenza, per attenuare al massimo il dolore fisico e la sofferenza morale di tante persone.

POTENZIARE IL PERSONALE

La ridefinizione dei servizi territoriali, a partire da quello rivolto alla non autosufficienza e alla terza età in generale, dovrà contemplare anche un aumento di quelle figure professionali che saranno individuate come necessarie: medici, infermieri, operatori socio sanitari, fisioterapisti, educatori, assistenti sociali, psicologi ecc. Nuovo personale che dovrà essere assunto dalle aziende del SSN:

Dare una struttura stabile ai servizi territoriali integrati in connessione con gli ospedali garantirà certezza di cura e assistenza alle persone interessate, sotto il profilo della prevenzione, della cura, del post cura, del socio assistenziale.

INVESTIRE IN FORMAZIONE E COMPETENZE

Il nuovo assetto che le strutture assistenziali, residenziali e non, dovranno raggiungere, richiederà anche un aggiornamento delle professionalità che vi operano (dipendenti pubblici, coop sociali, volontari, care giver, assistenti famigliari). Le nuove competenze riguarderanno la promozione della salute intesa in senso ampio: il continuo aumento della popolazione anziana, e allo stesso tempo delle patologie neurologiche degenerative, richiede competenze specifiche che permettono non solo l'assistenza del paziente ma anche l'individuazione precoce delle malattie, la comprensione dei comportamenti, il supporto ai care giver e la realizzazione di attività mirate alla riabilitazione, al potenziamento delle aree funzionali meno compromesse o , nei casi più gravi, al rallentamento del decadimento cognitivo.

La formazione del personale dovrebbe essere un punto centrale di investimento e potrebbe riguardare, inoltre, anche sintomatologie che possono coinvolgere gli operatori stessi come la sindrome del *burn out*, particolarmente insidiosa nei contesti di cura in cui la tipologia di pazienti accuditi presenta destini prognostici sfavorevoli. La conoscenza delle dinamiche psichiche che possono svilupparsi e la consapevolezza dei propri segnali emotivi è fondamentale perché non si verifichino vere e proprie condizioni di "esaurimento" del personale, **con conseguenze negative per gli anziani.** In questo senso, potrebbe essere utile impostare periodici gruppi di confronto tra operatori allo scopo di garantire un'assistenza che rimanga qualitativamente alta nel tempo.

Così come a livello strumentale, saranno necessarie sempre maggiori competenze di tipo tecnologico informatico, per seguire il processo di digitalizzazione dei dati e delle attrezzature mediche, e per utilizzare efficacemente i nuovi strumenti sanitari e le nuove tecnologie.

E' necessario partire da questi nodi irrisolti per programmarne la riprogettazione, individuando luoghi, tempi, modalità di lavoro, connessioni, partecipazione dei professionisti, delle figure professionali sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private, delle amministrazioni pubbliche, del terzo settore, delle associazioni di volontariato e dei cittadini.

CASE DELLA SALUTE

Le Case della salute devono diventare a pieno titolo il luogo dell'integrazione e della partecipazione di tutti i professionisti sanitari e socio sanitari e sociali, delle istituzioni e dei soggetti organizzati come il volontariato e devono rappresentare per i cittadini la sede per eccellenza a cui rivolgersi per problemi di carattere sanitario, socio sanitario e sociale.

. Per questo è importante che le case della salute diventino il luogo della "presa in carico" complessiva del cittadino, che dovrà trovare in un unico luogo l'accoglienza per le sue richieste di bisogni sanitari, socio sanitari e sociali. La completezza dell'integrazione (e cioè mettere insieme i bisogni dei cittadini) è un compito che spetta alle istituzioni locali e territoriali che si occupano di sanità, di socio sanitario e di sociale e non al cittadino che non dovrà più preoccuparsi di mettere insieme tutti i vari pezzi del puzzle. **In questo senso anche lo sportello sociale dovrebbe essere all'interno della casa della salute o comunque deve essere chiaro per il cittadino che lo sportello è collegato e in rete con tutta la parte sanitaria e socio sanitaria.**

Per questo è prioritario completare il piano di progettazione delle Case della salute in tutti i distretti socio sanitari così come previsti dal programma regionale per l'attivazione e la realizzazione dell'integrazione tra sanità e socio sanitario e assistenziale (per il territorio di Bologna stiamo parlando di 5 strutture ancora sulla carta e almeno 2 avviate da tempo e mai completate). Se le Case della Salute devono essere ciò che abbiamo descritto sopra e quindi anche il luogo di coordinamento delle varie figure professionali, **va favorito l'ampliamento delle attività di competenza prevedendo l'utilizzo di strumenti e macchinari per esami diagnostici non complessi, l'attività della telemedicina e visite specialistiche su appuntamento.** Nelle case della salute gli strumenti diagnostici potrebbero essere utilizzati dai MMG con la collaborazione del personale tecnico sanitario per eseguire almeno gli esami clinici più comuni e richiesti e **dovrebbero occuparsi di garantire il servizio di telemedicina.** A questo proposito va sottolineato **che la telemedicina non può essere svolta solo con una semplice telefonata, ma deve rappresentare un momento di approfondimento per esaminare lo stato di salute del paziente, verificare la continuità della cura e valutarne i risultati.**

Se è vero che, come si evince da uno studio dell'Agenzia sanitaria regionale, dove è stata attivata una casa della salute gli accessi al Pronto Soccorso sono diminuiti del 21,1% e sono calati del 3,6% i ricoveri ospedalieri per patologie trattabili a livello ambulatoriale, significa che investire ulteriormente in queste strutture diventa strategico non solo per rafforzare la medicina territoriale, ma anche per "sgravare" gli ospedali da ruoli impropri e non opportuni. Perciò, **oltre alla necessità di completare il piano di progettazione della Case della salute, va previsto un numero maggiore di case della salute aperte h.24 con la presenza di guardia medica notturna e nei giorni festivi, con il coinvolgimento dei MMG.**

In questo quadro si potrebbe verificare la possibilità, oltre a quelle che già si realizzano, di sperimentare forme di **"ospedalizzazione a domicilio"** in un rapporto stretto tra la

medicina del territorio e l'ospedale, prevedendo anche l'utilizzo di prestazioni diagnostiche strumentali presso il domicilio. Da uno studio specifico emerge che questa sperimentazione, oltre a garantire un risparmio molto consistente per la sanità pubblica, garantisce, in particolare per alcune patologie, maggiori condizioni di sicurezza e di confort per il malato. Naturalmente questa sperimentazione prevede la presenza di un care giver che va assolutamente supportato, sostenuto e accompagnato in tutta la fase di "ospedalizzazione a domicilio".

Le Case della Salute inoltre dovrebbero prevedere la presenza di nuove figure di professionisti che dovrebbero far parte dell'equipe multiprofessionale come psicologi (già previsti in molti consultori dentro la casa della salute), nutrizionisti e fisioterapisti. Nella Case della salute inoltre si potrebbero svolgere anche le attività di prevenzione per tenere sotto controllo lo stato di salute delle persone anziane (come per esempio il servizio e-care) o anche percorsi formativi relativi ai corretti stili di vita.

E' necessario organizzare un sistema il più possibile a rete che sia in grado di offrire alle persone fragili e parzialmente non autosufficienti una presa in carico per una gamma di servizi interconnessi fra di loro che prevedono : interventi di domotica negli appartamenti, sperimentazioni di cohousing tra soggetti con diversi livelli di capacità motorie e cognitive, appartamenti protetti con assistente familiare per più soggetti, assistenza domiciliare più qualificata, centri diurni più qualificati e meno standardizzati, posti di sollievo, posti letto OSCO (Ospedali di Comunità, strutture intermedie di degenza territoriale inserite nella rete dei servizi distrettuali a forte gestione infermieristica, con loro presenza h24 e assistenza garantita dai MMG e dai Medici della continuità assistenziale, con supporto di specialisti) da realizzare all'interno degli ospedali e nelle residenze anziani in zone protette con adeguata presenza di personale sanitario e residenze per anziani e case di riposo con un funzionamento aperto ad iniziative di coinvolgimento e socializzazione (anche con la partecipazione di care giver), meno standardizzato, prevedendo anche l'inserimento per periodi transitori e temporanei (i posti letto OSCO potrebbero essere un esempio, ma non solo).

In particolare, per quanto riguarda i posti letto OSCO o di cure intermedie è necessario investire per realizzarli al più presto, in modo diffuso sul territorio metropolitano, per metterli all'interno della offerta complessiva dei servizi sanitari e socio sanitari sulla base delle valutazioni che dovrà compiere l'equipe multiprofessionale. L'obiettivo è sempre quello di avere un'ampia gamma di servizi in grado di intervenire in modo specifico e finalizzato a ripristinare/mantenere condizioni psico fisiche buone per consentire alle persone anziane e fragili, anche quelle che soffrono di pluripatologie, di vivere una vita dignitosa e relativamente autonoma nella propria abitazione (nella quale magari sono stati realizzati interventi di domotica per facilitarne la fruibilità).

Per favorire la realizzazione dell'integrazione tra le competenze sanitarie e quelle socio assistenziali si propone di formare delle figure professionali specifiche che abbiamo elementi di conoscenza comune ed integrata, da inserire già nei percorsi di formazione universitaria o di altri enti di formazione. Per esempio aumentare le conoscenze di tipo sanitario per le assistenti sociali e di tipo assistenziale per gli operatori sanitari può contribuire ad una formazione, che avendo come obiettivo l'integrazione delle competenze, faciliti la relazione tra i diversi soggetti esperti.

LE POLITICHE DELLA PREVENZIONE

Le attività e gli interventi di prevenzione devono diventare una priorità nelle scelte strategiche da realizzare con la medicina del territorio. Non solo perché aumentano e di molto le possibilità di una migliore qualità della vita per gli anziani, ma anche perché consentono, nel tempo, un grande risparmio di risorse attualmente utilizzate per la cura. Per questo la presa in carico tempestiva delle persone anziane fragili resta il punto fondamentale di intervento per rinviare il più possibile i problemi di disabilità psicofisica degli anziani.

Bisogna stabilire un target: per esempio presa in carico per attività di prevenzione **rivolta a tutti i soggetti che abbiano un'età pari o superiore a 75 anni**, sulla base della loro disponibilità personale ad essere coinvolti in un programma di prevenzione sperimentale.

In quest'ottica è necessario:

- implementare tutte le attività di carattere cognitivo e di motricità da proporre al target definito;
- mettere al centro gli stili di vita, le buone pratiche sociali per il benessere e la qualità della vita;
- iniziative dedicate a ginnastica dolce, corsi di computer, passeggiate nella natura, attività culturali e di promozione della salute allo scopo di creare occasioni di incontro e rafforzare le relazioni in un'ottica di prevenzione;
- valorizzare, in sinergia con le istituzioni e la rete dei servizi sanitari e socio-sanitari, i progetti di "formazione leggera" rivolti non solo agli anziani, ma anche alle persone che entrano nella maturità o nella terza età, incentrati sulla conduzione di un sano stile di vita e sulla prevenzione del rischio nei vari ambiti di salute, per aumentare la consapevolezza rispetto all'importanza di una vita attiva e sana per contrastare un potenziale scivolamento verso la non autosufficienza e la fragilità;
- attribuire all'equipe multiprofessionale, di cui fa parte anche il MMG, il compito di definire dei piani di prevenzione, mantenendo (se necessario) un rapporto costante con la famiglia o care giver solo come riferimento per informare sull'andamento del percorso e per segnalare eventuali problematiche di aggravamento dei soggetti;
- prevedere nell'equipe multiprofessionale anche la presenza di esperti di stimolazione delle capacità cognitive, fisioterapisti, nutrizionisti per lo svolgimento periodico delle varie attività di tipo cognitivo e motorio e per la definizione di una dieta che tenga conto delle patologie o aiuti nella prevenzione delle malattie più comuni nelle persone anziane (ipertensione, diabete ecc). Lo psicologo inoltre può essere necessario per sostenere i soggetti nei casi di decesso del coniuge o di parenti molto prossimi e nei casi di depressione non gravi;
- **avviare una sperimentazione di carattere volontario per uno screening sulla popolazione anziana di carattere cognitivo.** In questo modo sarebbe anche possibile modulare interventi specifici sulla base dei risultati individuali da associare a modelli di medicina personalizzata;
- **avviare, con il coinvolgimento dei MMG, una campagna di sensibilizzazione per eseguire sulla popolazione, una volta all'anno, esami sierologici in grado di identificare l'insorgenza di malattie che sono individuabili attraverso gli esami del sangue,** favorendone così la prevenzione o l'immediato intervento;

- prevedere nel programma di prevenzione oltre al coinvolgimento della famiglia o del care giver di riferimento, l'integrazione con le attività alle quali i soggetti già partecipano sul territorio, modulandole a seconda delle esigenze;
- prevedere per le attività di prevenzione il coinvolgimento delle associazioni di volontariato per favorire i rapporti sociali e relazionali o per attivarli come "antenne" rispetto alla condizioni generali dei soggetti interessati dal piano di prevenzione;
- prevedere per i giovani nell'ambito della valorizzazione del servizio civile un ruolo di prevenzione e promozione sociale nei confronti degli anziani che possa essere utile anche per superare i conflitti intergenerazionali, promuovendo programmi di relazioni e scambio tra anziani e giovani anche all'interno di iniziative specifiche.

LE POLITICHE DELL'ABITARE INTEGRATE CON I SERVIZI TERRITORIALI

Gli interventi sulle abitazioni (attraverso l'utilizzo delle tecnologie domotiche), l'abitare sociale e/o solidale e il cohousing per anziani rappresentano risposte importanti per il futuro degli anziani e per il loro mantenimento in condizioni di relativa autonomia nella propria abitazione o in appartamenti attrezzati all'interno di spazi dedicati ed idonei prevedendo alcuni servizi comuni di sostegno e di aiuto (assistente familiare, operatore socio sanitario, infermiere ecc), anche in relazione al cambiamento di mentalità sul tema casa, su cui è necessario operare fin da ora.

In questa fase sarebbe molto importante:

- prevedere specifici stanziamenti per la ristrutturazione di abitazioni private secondo le nuove tecnologie della domotica (in aggiunta a quelli già previsti per la costruzione di ascensori o trasportatori);
- individuare aree idonee per realizzare strutture come villa Magri a Casalecchio oppure appartamenti protetti come quelli che si trovano in ASP città di Bologna allo scopo di favorire la possibilità di vivere in luoghi protetti anche per coloro che hanno autonomie motorie residue;
- che con la collaborazione di ACER, si potessero ristrutturare grandi appartamenti (spesso anche di proprietà di enti pubblici che sono da anni sfitti e non ristrutturati) in base alla moderna domotica, con ascensore o trasportatore per disabili. Nel caseggiato si potrebbero prevedere spazi comuni come la cucina, un salone per attività comuni, una lavanderia, mantenendo comunque spazi autonomi (angolo cottura e soggiorno privato, oltre che camera da letto e bagno);
- dare valore ad alcuni strumenti di progettazione condivisa con le diverse realtà associative, il terzo settore, le organizzazioni sindacali a livello comunale e unionale, come le cabine di regia per l'eliminazione delle barriere architettoniche, e consolidare gli stanziamenti a livello di Unioni di comuni per i PEBA (Piano di Abbattimento delle Barriere Architettoniche), per favorire l'applicazione di politiche il più possibile omogenee;
- che in collaborazione con i comuni e i Distretti, si diffonda il più possibile l'informazione e la pubblicizzazione in merito alle possibilità di accesso ai contributi statali e regionali per l'abbattimento delle barriere architettoniche;
- che i servizi sociali (le assistenti sociali) raccogliessero le eventuali disponibilità a vivere un'esperienza di convivenza con altre persone, anche parenti o amici;

- che su queste basi si potesse sperimentare la convivenza di piccoli nuclei 2 o 3, anche con diversi gradi di autonomia , prevedendo la possibile presenza di una assistente familiare;
- che nello stesso tempo si potessero incentivare, anche attraverso contributi di sostegno, le convivenze tra persone che hanno rapporti di parentela o di amicizia o comunque una disponibilità a sperimentare convivenze;
- che venisse mantenuta l'esperienza di convivenza tra anziani e giovani studenti che non ha avuto una grande adesione, ma che sarebbe comunque da sostenere anche provando a favorirne le condizioni, coinvolgendo l'Università in un ruolo di tutoraggio e prevedendo qualche forma di riconoscimento nei confronti dei giovani disponibili a realizzare questa esperienza.

L'ASSISTENZA DOMICILIARE

L'assistenza domiciliare merita una analisi molto approfondita con competenze specifiche e con un approccio nuovo, perché tra tutti i servizi offerti è forse quello che ha il rapporto peggiore tra risorse utilizzate e soddisfazione dei bisogni. **La centralità dei servizi offerti dall'assistenza domiciliare si è ulteriormente rafforzata**, dopo la fase più acuta e drammatica del contagio del Covid 19, per le difficoltà che si sono determinate sia nella gestione degli ospiti nelle residenze anziani, sia per il mantenimento, controllo e continuità dei servizi presso le abitazioni durante il lock down. Infatti l'assistenza domiciliare anche nelle norme nazionali (vedi decreto rilancio) non solo viene incardinata nel sistema a livello centrale, ma, attraverso l'istituzione dell'infermiere di quartiere, diventa una delle principali risposte assistenziali nei confronti di anziani non autosufficienti e disabili. Da questo punto di vista è necessario individuare, al più presto, i livelli essenziali di prestazioni per garantire omogeneità di trattamento sul territorio nazionale, ma tratteremo questo argomento più avanti. Ribadiamo quindi la necessità di riprogettazione di questi servizi, proprio per individuare la maggior corrispondenza possibile tra la quantità e la qualità dei servizi erogati e la soddisfazione dei bisogni delle persone in difficoltà. Interventi attivati direttamente a casa degli anziani, aiuto nelle attività quotidiane e domestiche, socializzazione e compagnia, cura della persona, servizi infermieristici, servizi fisioterapici, supporto psicologico.

Sulle base di queste premesse, avanziamo le seguenti proposte:

- **costituire un gruppo di lavoro, formato da soggetti che hanno esperienza e competenze in merito, e nel quale va prevista la partecipazione della OO.SS. dei pensionati**, che analizzi l'insieme di tutte le misure, le modalità, i tempi e le attività che attualmente vengano svolte al fine di individuare le criticità per riprogettare il sistema in modo adeguato;
- nella fase di riprogettazione tener conto dei tempi dedicati alle attività, alle modalità e alla qualità degli interventi
- nel contesto di una riprogettazione dei servizi, valorizzare l'esperienza dell'accordo sull'assistenza domiciliare siglato con il Comune di Bologna nel settembre 2017, per provare ad estendere la platea dei beneficiari attraverso a) un governo pubblico dell'offerta anche privata; b) la definizione di contributi a sostegno delle famiglie che, in base a determinati criteri, risultano avere priorità nella fruizione di "pacchetti"

di assistenza domiciliare; c) percorsi di regolarizzazione e selezione delle assistenti familiari in base ad una opportuna formazione;

- i piani individuali di assistenza devono tener conto anche delle valutazioni dei care giver e dove ci sono anche delle assistenti famigliari (visto che entrambi i soggetti vivono a maggior contatto con le persone parzialmente o totalmente non autosufficienti);
- riconfermare due tipi di assistenza domiciliare: **una più semplice** con la partecipazione anche delle associazioni di volontariato, la verifica del contesto familiare e amicale, l'utilizzo delle videochiamate da parte dei servizi e-care in modo diffuso e sistematico, la telemedicina con la presa in carico dei MMG per tenere sotto controllo l'assunzione di farmaci, la dieta alimentare prevista dal nutrizionista e la regolarità delle attività. Il piano coordinato dalla assistente sociale dovrebbe prevedere la partecipazione di alcune volte alla settimana di esperti di sollecitazione cognitiva e di fisioterapisti per l'attività motoria e per le problematiche cardiocircolatorie. Nel piano vanno previste tutte quelle attività esterne utili per la socializzazione e le iniziative che consentono di rimanere attivi. **Il pacchetto delle ore dedicate alle attività dovrebbe essere comunque non inferiore alla 12 ore alla settimana** comprensive delle alzate, dei pasti (se necessario) e del bagno. L'altra è l'ADI con la presenza di personale sanitario, l'infermiera/e di quartiere (previsto dal decreto rilancio), che regolarmente seguirà il paziente in rapporto costante con il MMG e il geriatra e che coordinerà insieme all'assistente sociale i professionisti dell'equipe per definire le stesse attività citate sopra. Se sono presenti un care giver o una assistente famigliare andranno coinvolte nel programma di assistenza per contribuire a mantenere il più possibile attiva e partecipativa la persona assistita. Anche in questi casi il piano si deve integrarsi con tutte le iniziative esterne necessarie al mantenimento di una vita sociale e attiva. **Il pacchetto di ore, se in presenza di care giver o assistente famigliare, non dovrebbe essere inferiore alle 8 ore settimanali** comprensive degli interventi sanitari, che oltre all'infermiera potrebbero prevedere quelli di altri professionisti. Si potrebbe sperimentare anche la possibilità che alcune visite specialistiche (magari di routine) vengano svolte a domicilio.

IL RUOLO DELLE “BADANTI” E DEI CARE GIVER

In questo contesto va progettato all'interno del capitolo sull'assistenza domiciliare il ruolo della assistenti famigliari e il ruolo dei care giver. Entrambe queste figure devono entrare nel sistema attraverso il loro coinvolgimento nei piani individuali di assistenza e attraverso il riconoscimento di una loro partecipazione alle attività di cura e di assistenza. Per quanto riguarda le assistenti famigliari è necessario che i distretti socio sanitari adottino su tutto il territorio metropolitano il “**progetto badando**”, attualmente realizzato solo nel distretto Reno, Lavino, Samoggia, riproponendolo nei termini di una maggiore integrazione con i servizi socio assistenziali, prevedendo la formazione periodica, un albo che consenta alle famiglie di potervi accedere per la ricerca di “una badante” e alle assistenti famigliari di poter ritrovare velocemente un nuovo lavoro quando cessa il contratto per decesso dell'assistito; in questo modo si potrebbe tener conto dei piani di ferie per fare sostituzioni o, in caso di malattia o altri impedimenti, per trovare nuove disponibilità. Si potrebbe fare un accordo metropolitano con i centri di assistenza fiscale per la tenuta della busta paga e per la regolarità dei contratti, come già avviene nel distretto di Reno, Lavino, Samoggia. In questo senso vanno ricercate le

opportune integrazioni anche innovative con le esperienze contemplate sia nell'accordo siglato con il Distretto della Pianura Est che prevede un bando per l'assegnazione di contributi economici straordinari a favore di anziani non autosufficienti e adulti con grave disabilità per i quali sia stato avviato in autonomia un percorso con un'assistente familiare, sia nell'accordo con il Distretto di Pianura Ovest che prevede la presa in carico con l'erogazione di una pacchetto di servizi a favore delle persone non autosufficienti. Far entrare le badanti in un sistema con un maggior governo pubblico, favorirebbe sul piano politico e concreto la battaglia contro le cooperative "spurie", con caratteristiche di sfruttamento nei confronti delle lavoratrici e di truffa nei confronti delle famiglie, che stanno proliferando anche sul nostro territorio. **Per quanto riguarda il care giver va esteso sul piano metropolitano il protocollo stipulato tra le OO.SS. e il comune di Bologna per le caratteristiche di sostegno e di supporto da parte dei servizi al difficile ruolo del care giver.** A quest'ultimo proposito e sempre all'interno della "filiera assistenziale" ci sembra importante riconfermare **l'utilità dei posti di sollievo** che andrebbero verificati e valutati insieme ai care giver, tenendo conto che, almeno fino a quando proseguirà l'emergenza e il distanziamento fisico resterà uno dei punti di principale prevenzione al contagio. Sarà necessaria una programmazione molto puntuale degli spazi per rispondere alle esigenze di tutti coloro che ne fanno richiesta garantendo le misure di sicurezza e protezione sociale.

LE STRUTTURE RESIDENZIALI

I **centri diurni** rappresentano un servizio che ha dimostrato di poter dare risposte al problema degli anziani con disabilità o parzialmente non autosufficienti. Per evitare che il loro utilizzo sia solo temporaneo o di attesa prima di entrare in una struttura residenziale, è importante rendere i centri diurni più fruibili e più qualificati. Per un nuovo modello di funzionamento dei **centri diurni sarebbe necessario adottare una organizzazione meno standardizzata e più improntata sulle esigenze dell'ospite e della sua famiglia, lavorando anche su piccoli nuclei con attività diversificate, tenendo conto delle diverse propensioni e nel rispetto dei singoli interessi.**

Per questo sarebbe importante prevedere:

- che nel piano assistenziale individuale, l'assistente sociale in collaborazione con le altre professionalità garantisca un maggior collegamento con l'eventuale assistenza domiciliare per favorire una maggiore omogeneità di intervento e per tenere conto delle caratteristiche personali dell'ospite;
- che sulla base delle problematiche imposte dall'emergenza CoVid 19 si prevedano i necessari distanziamenti, organizzando anche in modo diverso l'accoglienza prevedendo turnazioni o diverse articolazioni degli orari, garantendo l'utilizzo di tutti i dispositivi di protezione individuale per il personale e per gli ospiti;
- **l'aumento del numero dei centri diurni (anche all'interno di residenze per anziani) per aumentare il numero degli ospiti che utilizzano il servizio in un'ottica di integrazione con altri servizi di sostegno e con l'obiettivo di ritardare il più possibile il ricovero in strutture residenziali;**
- che si preveda un allungamento degli orari di permanenza per coloro che lo richiedono fino alle 18/18,30 per la conciliazione con i tempi lavorativi;
- che si preveda con le associazioni di volontariato, attraverso un accordo metropolitano compreso i distretti, la possibilità del trasporto degli ospiti. In questo

senso andrebbe valutato anche l'utilizzo di mezzi di trasporti idonei che potrebbero essere utilizzati anche per il trasporto sociale in termini più ampi e la disponibilità dei soggetti privati che svolgono un servizio pubblico a fare convenzioni (vista la situazione difficile determinata dalla pandemia);

- che anche nei centri diurni si svolga a favore degli ospiti e con continuità settimanale attività legate alla stimolazione cognitiva e alle attività motorie, mantenendo in essere (nei tempi e nei modi possibili in questa fase) tutte le altre attività di socializzazione e di relazione sociale;
- che si preveda una maggiore integrazione anche con altri servizi residenziali (per piccoli numeri e a rotazione) per favorire lo scambio di attività che potrebbero riguardare anche piccoli lavori comuni di maggiore o minore impegno cognitivo.

Le residenze per anziani (CRA, case di riposo) sono il punto di maggior criticità soprattutto per l'emergenza CoVid 19, e sono luoghi dove occorre mantenere il massimo livello di allerta sia per monitorare l'andamento del contagio, sia per individuare misure idonee a ridurre la diffusione del virus. Gli interventi per un nuovo modo di concepire la residenzialità devono essere profondi e visibili, perché l'affidabilità e la sicurezza di queste strutture è messa molto in discussione. Proprio per questo, sono nati alcuni comitati di famigliari che intendono far luce sui decessi e sulla correttezza dei comportamenti dei gestori durante la prima e la seconda ondata e di questo fenomeno ne dobbiamo tener conto e dobbiamo anche saper ascoltare le loro proposte e richieste. In questo senso occorre un approfondimento specifico sulla ricognizione svolta dal CTSS metropolitano nei confronti delle strutture, anche per valutare situazioni tra loro diverse o viceversa simili come per **esempio l'ampiezza delle strutture che quasi sempre presentano maggiori difficoltà per la sicurezza degli ospiti nei casi di contagio** vista la grande concentrazione di fragilità.

Nel dibattito che si è sviluppato in questi mesi e che è ancora molto forte si va dalla posizione molto drastica di Don Albanesi (presidente della Comunità di Capodarco nelle Marche) a quella molto critica, di forte revisione di Livia Turco che è stata la madre della 328 del 2000, la più importante legge di riforma del sistema assistenziale, dopo 100 anni di inadempienze. Dentro questo quadro credo dobbiamo muoverci per avere delle proposte che siano però di grande cambiamento, innovative e che consentano di realizzare strutture "aperte e flessibili" non nel senso che può entrare ed uscire chiunque, ma di strutture non rigidamente organizzate (modello ospedale) non standardizzate come nelle istituzioni totalizzanti, non luoghi di confino definitivo per le persone anziane.

All'interno delle RSA, al concetto di cura deve affiancarsi quello di "prendersi cura", per una presa in carico delle persone che non sia solo strettamente sanitaria, ma volta al benessere in senso globale. E' pertanto fondamentale porre attenzione al mantenimento delle abilità e delle autonomie residue, attraverso percorsi di potenziamento cognitivo, invecchiamento attivo e il coinvolgimento degli anziani nelle attività della struttura.

In particolare proprio nelle strutture per anziani "LA CARTA DEI DIRITTI RESPONSABILI DELLE PERSONE ANZIANE" deve essere assunta come elemento di garanzia e di tutela dei diritti degli ospiti, ai quali vanno garantiti spazi di autonomia, di scelta, di socialità e di libertà individuali.

Le proposte di cambiamento fondamentali sono quelle già elencate nel documento unitario delle OO.SS. dei pensionati regionali a cui si aggiungono le nostre proposte:

- rafforzare il governo regionale del sistema, anche con la revisione dei criteri di accreditamento, per produrre maggiore sicurezza e qualità dell'assistenza;
- rafforzare il ruolo di programmazione e di controllo degli Enti locali nel territorio (molto importante il ruolo dei sindaci che non può essere esercitato solo durante le situazioni di emergenza);
- una formazione aggiornata e adeguata degli operatori socio sanitari, che deve essere arricchita su alcuni contenuti di base dell'assistenza sanitaria;
- maggiore presenza strutturata di personale sanitario prevedendo l'aumento delle ore di presenza diurna e copertura h. 24 degli infermieri presenti in struttura e reperibilità del medico di riferimento. Anche in queste strutture va aggiunta la presenza in modo strutturale e cadenzato di professionisti esperti di sollecitazioni cognitive, fisioterapisti e nutrizionisti.;
- necessità di mantenere un legame più stretto con i servizi sanitari territoriali e i dipartimenti di sanità pubblica delle Aziende USL: gli USCA intervenuti nelle strutture durante l'emergenza, devono diventare organismi permanenti per garantire il supporto qualificato, la verifica e il controllo di comportamenti sanitari adeguati. A questo va aggiunto il ruolo del MMG in relazione agli USCA che potranno svolgere un compito importante per la conoscenza delle patologie del paziente e nello stesso rapporto con i parenti;
- valutare l'adeguatezza degli spazi interni alle strutture e possibili interventi di ristrutturazione per favorire la creazione di spazi cuscinetto per interrompere la diffusione del contagio (un piano di investimento in conto capitale con intervento finanziario anche dei gestori). Questo significherà, secondo noi, molto probabilmente la diminuzione dei posti letto disponibili ed è prevedibile perciò un allungamento delle liste d'attesa che si scaricherà in una richiesta maggiore di assistenza domiciliare e di assistenti famigliari. A questo proposito bisognerebbe pensare alla costruzione di nuove strutture residenziali più piccole, con la presenza di **appartamenti protetti** e personale socio sanitario dedicato, che abbiano spazi comuni per mangiare e per svolgere attività di socializzazione;
- utilizzo diffuso delle innovazioni tecnologiche e dei sistemi di comunicazione a distanza per mantenere i collegamenti tra ospiti e famigliari;
- va aggiunta la previsione di visite periodiche di MMG e di geriatri che possano verificare lo stato di salute degli ospiti anche quando non manifestano particolari sintomi. In quest'ottica si possono prevedere momenti dedicati alla relazione tra il personale e i parenti, anche attraverso il coinvolgimento dei MMG che si faranno carico di individuare le situazioni di maggiore fragilità e difficoltà per segnalarlo ai parenti;
- va aggiunta una valutazione più approfondita sulla composizione degli ospiti in queste strutture per verificare la possibilità di prevedere una maggiore presenza di anziani parzialmente non autosufficienti, anche per periodi limitati e magari riferiti a necessità di monitoraggio delle condizioni di salute;
- **va aggiunta la necessità di organizzare il servizio in modo meno standardizzato**, attualmente simile a quello ospedaliero dove (come sappiamo) il ricovero è previsto solo per periodi molto limitati a differenza delle residenze per anziani. **E' indispensabile perciò pensare ad un modello di organizzazione del**

lavoro che tenga conto del fatto che gli ospiti restano nelle strutture anche per anni, quindi la definizione degli orari per l'alzata, per le relazioni sociali e per dormire va commisurata con una realtà di comunità diversa, più aperta, con meno vincoli orari uguali per tutti, con possibilità di una fruizione del tempo più libera anche per le persone non autosufficienti gravi che hanno diritto ad esprimere loro inclinazioni individuali;

- **va aggiunta anche una riflessione sulle dimensioni delle strutture**, che oltre al problema del distanziamento sociale rendono più difficili i processi "di familiarizzazione" e di socialità e l'eccessiva concentrazione di ospiti molto fragili con più patologie rende complicato qualsiasi intervento sanitario efficace.

L'obiettivo principale è quello di trasformare queste istituzioni totali in luoghi dove è possibile vivere una vita rispettosa delle singole individualità, dove si può uscire per fare una passeggiata o per stare qualche giorno in famiglia o in altro luogo. Per realizzare tutto questo occorre però prendere a riferimento modelli con maggiori elasticità di orario e di adempimenti meno standardizzati (tutti, vanno a dormire, si alzano, mangiano, fanno il bagno, vanno in palestra, alla stessa ora). I rischi per rendere questi luoghi più aperti non sono da trascurare in considerazione della situazione che si è determinata con la diffusione della pandemia, ma ormai abbiamo acquisito delle modalità di controllo, di verifica e di attenzione che dobbiamo mantenere ed adottare stabilmente. **Anche in questo caso proponiamo la costituzione di un gruppo di lavoro di approfondimento a cui partecipino anche le OO.SS. degli anziani per valutare sulla base di questo obiettivo, le opportunità e le modalità per garantire la transizione delle strutture residenziali per anziani da istituzioni totali a luoghi di assistenza, cura con particolare attenzione al mantenimento delle attività cognitive, motorie e ricreative, luoghi aperti e rispettosi delle singole individualità.**

CASE FAMIGLIA

Sulle case famiglia occorre aprire una riflessione che partendo dall'esperienza sull'emergenza CoVid 19, ci consenta di decidere se si ritiene opportuno integrarle maggiormente nel sistema ed eventualmente con quali garanzie, criteri e modalità. Sempre più famiglie scelgono per i loro parenti soluzioni di questo tipo per tanti motivi che prescindono anche dall'impegno economico: per le dimensioni familiari della struttura, per la dislocazione logistica (spesso in campagna), per le modalità di funzionamento non standardizzate. Sarebbe un errore non tener conto di questo orientamento che sta interessando la nostra società e che, in questa fase, si sta accentuando notevolmente. Occorre pertanto ripartire dal lavoro fatto in questi anni a livello regionale, con le linee guida promosse dalla Regione Emilia-Romagna e il conseguente regolamento - oggetto di accordo - varato in Città Metropolitana e a cascata approvato nei singoli comuni, provvedendo alla verifica dello stato di attuazione e i risultati prodotti. Queste iniziative non possono naturalmente prescindere da un intervento riformatore a livello nazionale che riveda la normativa competente e permetta di svolgere controlli più stringenti su questa tipologia di strutture.

RIVENDICAZIONI A LIVELLO NAZIONALE

Infine non possiamo non tener conto del fatto che tutte le proposte avanzate in questo documento comportano nuovi e significativi costi e quindi il tema risorse è ineludibile. Nel Patto per il lavoro e il clima sottoscritto da tutte le parti sociali e dalla regione Emilia

Romagna si prevede di incrementare l'attuale dotazione di risorse del FRNA, che è già stata aumentata di 7 milioni di euro per l'anno 2021. In questo senso le OO.SS. si dichiarano pronte ad aprire un confronto a tutti i livelli da quello regionale, a quello metropolitano della conferenza socio sanitaria fino ai distretti socio sanitari su progetti concreti per utilizzare nel modo migliore e più efficace le risorse del Recovery Fund e di altri progetti europei (comprese, insistiamo, anche quelle del MES). Siamo consapevoli però che nemmeno con queste risorse aggiuntive sarebbe possibile mettere in campo tutti gli interventi richiesti.

I 90 milioni previsti dal decreto rilancio, per la parte che nella ripartizione nazionale spetterà alla nostra regione, non saranno nemmeno sufficienti per avviare un progetto di revisione del sistema e a questo proposito sono molto più importanti le risorse (1,250 miliardi) stanziati per la sanità territoriale.

Resta perciò fondamentale proseguire la nostra battaglia a livello nazionale per ottenere una legge quadro sulla non autosufficienza e le adeguate risorse per attuarla. **Non è più rinviabile la definizione dei LEPS che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale e che devono rappresentare la base minima sulla quale inserire la programmazione della gamma delle ulteriori prestazioni da garantire.** Nel contesto nazionale sarebbe necessario portare avanti anche un'altra richiesta che si basa su principi di giustizia ed equità fiscale: la detrazione al 100% delle spese sostenute per il lavoro di cura delle assistenti familiari, per l'assistenza domiciliare, per il ricovero nelle strutture, insomma per tutte le spese sostenute dalle famiglie o dall'interessato per garantire l'erogazione di servizi socio sanitari e assistenziali adeguati. Questa scelta rappresenterebbe innanzi tutto un segnale di attenzione e di giustizia sociale nei confronti dell'onere spesso molto pesante che grava sulle spalle di molte famiglie italiane. Inoltre consentirebbe di far emergere una parte rilevante di lavoro nero e di lavoro gestito dal malaffare che si arricchisce con lo sfruttamento di lavoratrici straniere non tutelate e con le difficoltà delle famiglie che diventano vittime della truffa e del raggio.

Il risultato di queste battaglie da portare avanti a livello nazionale sarà fondamentale per far compiere davvero un salto di qualità al nostro sistema socio sanitario e assistenziale, perché, al di là delle criticità che l'emergenza coronavirus ha evidenziato, noi eravamo consapevoli della necessità di doverlo modificare e rinnovare profondamente. Le idee sono in campo, abbiamo bisogno di discuterle, perfezionarle, adeguarle meglio ai bisogni e confrontarle con le controparti. Un lavoro importante insomma che affronti davvero e fino in fondo le problematiche legate all'invecchiamento della popolazione, un fenomeno che sta comunque procedendo in modo spedito nonostante il coronavirus, e che dobbiamo affrontare al più presto, prima che sia davvero troppo tardi per evitare che queste problematiche impediscano lo sviluppo e la crescita del Paese.

Bologna, 21 dicembre 2020