

## Contributo al Tavolo Residenzialità – CTSSM

### Premessa

1. La pandemia si è riversata sull'estrema vulnerabilità dell'utenza e ha portato all'estremo le criticità strutturali, a partire dall'ambiguità con cui le CRA/RSA si collocano nel sistema di welfare, da cui derivano le problematiche emerse nella gestione dell'emergenza. L'intervento da attuare è di tali complessità e portata da richiedere, come da tutti oramai riconosciuto, un **aumento cospicuo di risorse finanziarie disponibili**, il quale può passare anche da una diversificazione delle fonti, ma su tale fronte il ruolo e la responsabilità del pubblico rimangono principali. Questo perché, come risulta oramai ineludibile, si possa tra l'altro agire sulle risorse strutturali (ripensamento degli spazi e delle dimensioni) e soprattutto umane (disponibilità di professionisti, adeguata formazione, congrua valorizzazione economica del lavoro).
2. Per pensare a un nuovo modello di servizio residenziale per anziani occorre collocare lo stesso all'interno del sistema complessivo dei servizi in una **logica di integrazione di risposte diversificate** che si rivolgono a bisogni complessi e in rapida evoluzione. Necessario pertanto capire quale modello di ospedale si vuole concepire, quale modello di sanità territoriale, servizio domiciliare, diurno, residenzialità leggera, e quindi quale modello di servizio residenziale per anziani non autosufficienti. L'obiettivo sempre più urgente deve essere il superamento della logica delle cure intese come sommatoria di singoli atti diagnostici, terapeutici ed assistenziali a favore di un sistema integrato.
3. Uno dei punti chiave del settore specifico è il passaggio da una logica prestazionale, che definisce requisiti e caratteri dell'offerta e colloca il portatore di bisogni all'interno di contenitori predefiniti e rigidi, a **una logica centrata sull'utente**, quindi sul bisogno, a cui si cerca di offrire risposte adeguate e personalizzate tramite un sistema diversificato, integrato, flessibile.

### Alcune proposte

➔ **Revisione del sistema di remunerazione** delle prestazioni dei servizi, al momento vincolato ad un livello di sussistenza che non consente investimenti in qualità e innovazione, un adeguamento all'evoluzione dei requisiti di sicurezza di tipo strutturale e procedurale, e causa una disparità insostenibile per il sistema nella remunerazione del lavoro dei professionisti impiegati rispetto alle posizioni offerte da pubblico e privato for-profit. In questo senso è opportuno, inoltre, sostenere **percorsi di co-progettazione** fra pubblico e privato che incentivino e puntino, in alternativa al ribasso economico, sulla continuità delle gestioni in modo da consentire un accrescimento della qualità dei servizi e investimenti in innovazione.

➔ **Previsione di un piano di investimenti volti a ristrutturare e ripensare gli spazi delle strutture** allo scopo di mantenere il carattere di apertura all'esterno per lo svolgimento di visite e attività integrate con il territorio nel pieno rispetto dei requisiti di sicurezza stabiliti (aumento delle camere singole, degli spazi condivisi, articolazione per nuclei, ecc.). A tale scopo risulta, inoltre, necessario un coordinamento tra la chiarezza delle indicazioni normative, responsabilità dei soggetti gestori e ruolo degli enti territoriali a sostegno e garanzia di tutti gli attori coinvolti.

➔ **Revisione della struttura degli organici** prevedendo nuove figure necessarie all'erogazione di un servizio più adeguato ai bisogni attuali dei cittadini (quali psicologo, fisiatra, logopedista) e allargando la presenza degli infermieri. Ineludibile, specificamente nel quadro attuale, strutturare un modello di messa a disposizione delle risorse essenziali, in particolare sanitarie, che incentrandosi su una stretta integrazione fra pubblico e privato consenta ai servizi di poter reclutare i professionisti necessari. Opportuno è anche un investimento sulla formazione del personale, in particolare operatori e infermieri, per accrescere ruolo e competenze in materia di gestione di contesti pandemici.

## Contributo al Tavolo Residenzialità – CTSSM

➔ Ampliamento di posti letto in strutture accreditate su posti non contrattualizzati attraverso il riconoscimento di un contributo forfettario a copertura dell'ingresso di utenti privati (**#dote di cura**), inseriti in specifica lista d'attesa, orientando la domanda privata all'interno del sistema di garanzie pubbliche assicurando:

- una **maggior equità** di accesso ai cittadini che in assenza di risposta sono costretti ad indirizzare le proprie risorse, senza alcun tipo di sostegno pubblico, verso soluzioni *low cost* non appropriate.
- un **sistema più dinamico** che sulla base dell'allargamento del perimetro dell'offerta possa stimolare innovazione ed investimenti da parte dei soggetti gestori orientati a rispondere ad una domanda di mercato.
- una maggior **fluidità del sistema** nell'equilibrio tra posti contrattualizzati e posti a "mercato bilanciato".

In quest'ottica è possibile inoltre ipotizzare una **specializzazione di alcune strutture in termini di Hub della rete ospedale-territorio**, nell'ambito del contrattualizzato, **verso l'offerta di posti letto alternativi alla lungodegenza ospedaliera** (gravi disabilità, dimissioni protette, ospedali di comunità) da coprire attraverso il **bilancio sanitario**.

➔ Sperimentazione di progetti di filiera territoriali di co-gestione rivolti in particolare alla gestione della cronicità anche attraverso adozione delle tecnologie (es. telemedicina; diagnostica leggera) in stretto raccordo con progetti di prossimità fisica e ripensamento del ruolo del servizio domiciliare ampliandone il contenuto sociale (ad es. mediante il sostegno al care-giver, o erogando prestazioni di accompagnamento), rivendendone la dimensione sanitaria (ad es. attivando programmi di screening o di sorveglianza sanitaria), svincolandolo dalla logica prestazionale (**# budget di cura**), e soprattutto integrandolo con i servizi residenziali del territorio in una logica di investimento sulla prevenzione e di tutela della continuità di cura e assistenza.

➔ Prevedere nella pianificazione territoriale la progettazione e il finanziamento di servizi di residenzialità leggera, i quali si rivolgono a una fascia di popolazione e offrono risposta a bisogni al momento non accolti dal sistema socio sanitario e assistenziale. Fondamentale in tale prospettiva il ruolo del pubblico a sostegno di servizi a scarsa redditività e con l'obiettivo di una regolamentazione garante del cittadino e dei gestori che operano con un orientamento alla qualità.