

Linee per una progettualità futura riguardante i servizi rivolti agli anziani nel territorio del Distretto di San Lazzaro di Savena- Città metropolitana di Bologna

Questa emergenza in atto ha fatto esplodere le debolezze dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari, anche nella nostra Regione.

In particolare nell'ambito dei servizi residenziali la Casa di Riposo è da ripensare in quanto non più rispondente ai reali bisogni rispetto ai parametri previsti dalla DGR 564/2000 della regione Emilia Romagna per l'autorizzazione al funzionamento. Oggi chi entra in Casa di Riposo è sempre più fragile, spesso lievemente non autosufficiente ed i parametri previsti 1/10 di personale OSS non rispondono al soddisfacimento dei bisogni reali.

La Casa protetta, ora C.R.A. (CASA Residenza per anziani non autosufficienti) si è sempre più sanitarizzata ed il personale previsto dalla Direttiva 564/2000 per l'autorizzazione al funzionamento e 514/2009 per l'accreditamento, forse andrebbe rivisto per la parte relativa al personale sanitario.

Occorre ripensare a forme di residenzialità leggera che ricomprendono soprattutto gli alloggi protetti già ampiamente sperimentati in Emilia Romagna: sia nell'imolese che nella città di Bologna, che ne conta oltre un centinaio.

Questi alloggi, per ottimizzare i servizi devono essere realizzati all'interno di strutture polivalenti che prevedono altre tipologie di servizio.

Da pensare anche ad altre forme di housing sociale come le cohousing ed i condomini solidali (di cui ci sono già esperienze ad Imola).

Il sistema integrato di interventi e servizi sociali va oggi rivisto completamente.

Se il bisogno di residenzialità si concentra sul bisogno soprattutto rivolto alla non autosufficienza, occorre potenziare la parte sanitaria per queste tipologie di strutture.

La rete dei servizi accreditati prevede anche le RSA in cui la parte sanitaria, in termini di parametri, è molto più qualificata, ma ormai la stragrande maggioranza di RSA sono state trasformate in Case Protette (CRA) ovviamente perchè la spesa sanitaria si riduce.

L'unica figura medica prevista è il medico di base che è assunto al ruolo di medico di struttura con convenzioni che vengono direttamente sottoscritte con l'AUSL e neanche trasmesse per presa visione ai gestori delle strutture.

Il Medico di struttura è il medico di assistenza primaria dell'ospite.

Peraltro gli incarichi formalizzati dalle Asl, sono a volte difformi da quanto previsto dalla DGR 514/2009 e s.m.i., punto 2.1.6, che prevedono un medico con presenza programmata da un minimo di 5 ore settimanali a un massimo di 15 ogni 25 anziani, in relazione alle condizioni e necessità sanitarie degli ospiti (cfr. Covid _19), in realtà, in deroga alle norme emanate dall'E.R., la Committenza incarica i professionisti medici (che sono professionisti autonomi con rapporto di lavoro parasubordinato, nei confronti del loro Committente) ai sensi della norma prevista dalla DGR 1398/2006-All.6, Diagnosi e cura, per 6 ore settimanali ogni 30 anziani + Equipe 1 ora al mese, ovvero circa 12 minuti Pz/settimana.

L'informativa sanitaria, dato sensibile, è infatti prerogativa esclusiva del medico ed in questo periodo, le strutture sono state spesso chiamate a dare risposte sanitarie, pur non essendo in grado di grado di fornirle.

Occorre anticipare quello che dovrebbe essere una modifica da apportare all'organizzazione di queste strutture, pubbliche e private, accreditate o meno, prevedendo una direzione sanitaria, per altro già prevista in altre regioni, anche in epoca pre COVID 19..

E' fondamentale distinguere fra azioni positive rivolte agli anziani fragili, ma ancora autosufficienti e servizi rivolti alla non autosufficienza.

Tale distinzione era ben chiara nella L.R. Emilia Romagna n. 5/1994 che aveva ben individuato la rete dei servizi rivolti alla non autosufficienza, senza tralasciare, nella prima parte della legge, le necessarie azioni positive, che la comunità doveva mettere in campo per fare prevenzione.

E', pertanto, necessario ripensare e riprogettare i servizi sociali (per la prevenzione e la partecipazione) e i servizi socio-sanitari per rispondere ai bisogni derivanti dalla condizione di non autosufficienza.

Gli Enti gestori di servizi rivolti agli anziani devono puntare allora sulla prevenzione alla non autosufficienza, ma con attività e servizi soprattutto di sostegno alla domiciliarità.

Oggi, per far questo è necessario mettere in atto tutti i dispositivi e tutto il personale per lavorare in sicurezza tutelando gli anziani che fruiscono dei servizi a livello territoriale, con una integrazione proattiva fra tutti i soggetti erogatori, sia pubblici che privati, sia di area sociale, che sanitaria che sociosanitaria: i confini del sistema vanno allargati così come la mappa mentale su cui è disegnato. .

Ad oggi, per norma costituzionale non modificata- titolo V costituzione- sono le Regioni, esclusivamente competenti, a regolamentare i servizi sociali e i servizi sociosanitari; questo ha determinato profonde differenze gestionali da Regione a Regione.

Ci si aspetta che la Regione Emilia Romagna riconsideri l'attuale normativa regionale che disciplina i servizi rivolti alla non autosufficienza in quanto nell'emergenza sono emerse anche le criticità insite nel sistema regionale (Accreditamento – Autorizzazione – Competenze e Ruolo delle Ausl e dei Comuni/Unioni) .

Le reti, sia quelle istituzionali che quelle informali sono oggi a maggior ragione indispensabili per ampliare le risposte ai bisogni e renderle sempre più adeguate.

La crisi economica aggravata dall'emergenza COVID-19 in cui versa il nostro paese inciderà moltissimo sull'aumento dei bisogni, ma allo stesso tempo sulla difficoltà a farvi fronte istituzionalmente anche nell'ottica della sussidiarietà circolare in cui pubblico e privato lavorano insieme per il bene comune.

Per i servizi a libero mercato sarà necessario approfondire a quale tipologia di utenza ci si vuole rivolgere ed i servizi dovranno essere coerenti con il potenziale destinatario anche in termini di sostenibilità dei costi.

In quest'ottica si potrebbe pensare anche a servizi residenziali rivolti alla non autosufficienza da convenzionarsi con compagnie assicuratrici che sempre più , sul modello anglosassone, si stanno rivolgendo al mondo della non autosufficienza.

La disponibilità di risorse pubbliche per gli accreditamenti tenderà a calare, certamente non crescerà dai livelli attuali, mentre sarà in aumento il bisogno di servizi rivolti alla non autosufficienza.

Un centro studi almeno regionale, ma con una regia che non può che essere nazionale, sarebbe necessario per approfondire queste tematiche, per un lavoro in rete sia all'interno della comunità di riferimento che con confronti continui con altre realtà territoriali italiane ed europee.

La formazione infine è uno strumento essenziale per una reale qualità dei servizi.

La formazione degli operatori dovrà tenere conto di quanto questo periodo ci ha di nuovo dimostrato: centralità della relazione., importanza dell'orientamento non più solo al problem solving, ma al lavoro in squadra e alle tecniche di gestione delle emergenze come bagaglio dell'intera comunità professionale afferente ai servizi, indipendentemente dall'appartenenza.

E' necessario diversificare e contaminare sia per quanto riguarda i servizi che per quanto riguarda gli enti gestori: la diversificazione e la flessibilità delle risposte, oggi, ancora in piena emergenza COVID-19, sono indispensabili per l'adeguatezza delle risposte che le istituzioni e gli altri attori del sociale e del socio-sanitario sono tenuti a dare.

San Lazzaro di Savena 28 giugno 2020

Paride Lorenzini