



I VADEMECUM DI
LombardiaSociale.it

**I SERVIZI PER GLI
ANZIANI NON
AUTOSUFFICIENTI IN
TEMPO DI PANDEMIA**

**a cura di Rosemarie Tidoli e
Marco Noli**

PREFAZIONE DI CRISTIANO GORI

2021

Indice

Prefazione di Cristiano Gori	2
Introduzione	4
RSA, aggiornamenti e apprendimenti dalla pandemia	
RSA lombarde: un silenzio ... assordante	7
COVID-19 e rete territoriale: nuovi aggiornamenti	12
Camminando si apre il cammino. Il vissuto di una RSA milanese	21
Il Ministero della Salute manda i carabinieri a censire le RSA	25
Politiche, strategie e proposte	
Una nuova assistenza a domicilio: 10 proposte	31
Quale futuro per l'assistenza della popolazione anziana? Prima parte	37
Quale futuro per l'assistenza della popolazione anziana? Seconda parte	42
Il PNRR. La proposta di NNA per i non autosufficienti	46
Il PNRR spinge la riforma per la non autosufficienza	51
Non autosufficienza, disabilità e PNRR	54

Prefazione

di Cristiano Gori, Direttore di *LombardiaSociale.it*

Gentili Lettrici e Gentili Lettori,

anche quest'anno, la nuova stagione di *LombardiaSociale.it* comincia con la pubblicazione dei Vademecum. Sono approfondimenti tematici che raccolgono vari articoli pubblicati negli ultimi 12 mesi – in questo caso da ottobre 2020 ad oggi - e riguardanti i principali argomenti del welfare seguiti dal nostro sito: anziani non autosufficienti, persone con disabilità famiglie e minori, povertà, finanziamento e programmazione. Ogni Vademecum è costituito da contributi pubblicati in momenti diversi nell'ambito di un quadro comune e si propone, così, come un piccolo stato dell'arte del tema esaminato. Uno stato dell'arte che vuole fornire un insieme di spunti, dati e idee utili all'operatività e alla discussione. Il periodo che ci lasciamo alle spalle è stato segnato dalla seconda ondata di Covid-19 che, nuovamente, si è abbattuto anche sulla nostra regione durante l'autunno 2020. *Lombardiasociale.it* se ne è occupata ampiamente, come danno conto molti articoli contenuti nelle raccolte concernenti i diversi temi.

LombardiaSociale.it compie, proprio in questi mesi, 10 anni di età. Il sito è seguito da una comunità di lettori che garantisce una media ormai stabile di oltre 20mila visitatori unici al mese, ed è riconosciuto come principale fonte di approfondimento sul welfare lombardo tanto dalla comunità degli operatori (assistenti sociali, educatori e operatori dell'area socio-sanitaria), quanto dai tecnici che si occupano di programmazione e dai politici e dagli amministratori che operano nel campo delle politiche dei servizi socio-sanitarie e sociali. Ad oggi abbiamo pubblicato 970 articoli di approfondimento e 47 vademecum tematici, alla fine di ogni legislatura abbiamo prodotto 2 pubblicazioni di valutazione delle politiche regionali, abbiamo realizzato 4 ricerche ad hoc e abbiamo partecipato ed organizzato assieme ai promotori di *LombardiaSociale.it* 30 seminari di dibattito e confronto.

Desideriamo ringraziare la comunità di lettori e il network di esperti, di operatori e di amministratori che agiscono nel campo del welfare lombardo e che contribuiscono, con il proprio punto di vista e la propria esperienza, alla realizzazione e alla crescita di *LombardiaSociale.it*.

Nel momento attuale, in cui l'intero sistema di welfare è chiamato a fronteggiare le ricadute economiche e sociali della crisi dettata dalla pandemia da Covid-19, crediamo sempre utile e necessario mantenere uno sguardo attento sul welfare in Lombardia.

Uno sguardo che sia capace di cogliere e portare all'attenzione pubblica non solo il senso delle scelte regionali ma anche gli spunti e gli stimoli che possono sorgere da altri soggetti, che operano sul territorio o in altre regioni italiane, con l'obiettivo di mantenere vivo un dibattito pubblico su come funziona oggi il welfare regionale e cosa possa diventare in futuro. Dibattito pubblico che trova raramente spazio in altri canali, legati alla stampa o ad osservatori a livello nazionale, e che invece risulta fondamentale per promuovere e alimentare una capacità di analisi, lettura critica e promozione di innovazioni da parte di quanti operano – a diverso titolo – nel nostro sistema di welfare. Per il prossimo triennio intendiamo puntare allo sviluppo e all'ampliamento della redazione, facendone crescere le competenze e portando nuove voci per promuovere un rinnovamento generazionale che dia futuro al progetto anche oltre l'esperienza e la partecipazione dei singoli che hanno contribuito alla sua nascita.

Desideriamo ringraziare tutti coloro che ci danno fiducia, con l'impegno a compiere ogni sforzo per migliorare. Un ringraziamento particolare va ai nostri promotori, senza i quali né il nostro lavoro né la possibilità di fruire gratuitamente del sito sarebbero possibili. Si tratta di Fondazione Cariplo (promotore istituzionale), dei sindacati pensionati lombardi di Cgil, Cisl e Uil, Caritas Ambrosiana e Gruppo Korian (promotori principali), e di Agespi, Confcooperative e Legacoop della Lombardia (promotori ordinari¹). La nostra gratitudine nei loro confronti concerne sia il sostegno economico sia il rapporto instauratosi, che coniuga un continuo scambio di idee con la garanzia della totale autonomia della direzione nella definizione della linea editoriale.

Milano, ottobre 2021

¹ *Maggiori informazioni sui promotori si trovano sulla nostra homepage.*

Introduzione

di Rosemarie Tidoli

Dopo oltre un anno e mezzo dall'inizio della pandemia, si è ormai capito che con il Covid dovremo convivere a lungo: la società nel suo insieme deve fare i conti con quella che non è più un'emergenza bensì una nuova realtà, con effetti rilevanti in tutti gli ambiti della vita. Di conseguenza questo vademecum, che propone articoli pubblicati da ottobre del 2020 a luglio del 2021, a differenza del precedente non è suddiviso in un "prima" della pandemia e in un "dopo", ma si riferisce interamente al "durante".

Le istituzioni e i decisori che si occupano di welfare a tutti i livelli si sono resi conto che trovare adattamenti, come fatto durante la prima fase, non è più sufficiente: è imperativo individuare direttrici d'intervento differenti e mettere in cantiere vere e proprie riforme.

Il compendio, dunque, dopo un excursus sulla situazione delle RSA in "era Covid", propone una scelta- necessariamente circoscritta - di articoli che riguardano politiche, strategie e proposte presentate da vari soggetti sociali in merito al futuro dell'assistenza agli anziani non autosufficienti. Per un esame completo e approfondito dei diversi argomenti suggeriamo, come d'abitudine, di consultare il sito alle aree tematiche "anziani" e "disabilità".

RSA, aggiornamenti ed apprendimenti dalla pandemia

La nostra rassegna parte con il primo articolo [RSA lombarde: un silenzio ... assordante](#) nel quale, in attesa che le istituzioni prendano pienamente atto della situazione e intervengano nel "ristoro" del settore sociosanitario, viene presentata la situazione vissuta dalle strutture sociosanitarie.

Seguono i contributi [COVID-19 e rete territoriale: nuovi aggiornamenti](#) e [Camminando si apre il cammino. Il vissuto di una RSA milanese](#). Il primo illustra gli aggiornamenti in materia di gestione dei pazienti COVID-19 nella rete territoriale apportati dalla dgr n. 3913/2020 e le norme a cui le strutture devono sottostare per regolare gli ingressi e i reingressi degli utenti; nel secondo una RSA in provincia di Milano si interroga sugli insegnamenti che scaturiscono dagli avvenimenti della fase 1 per poi proporre alcune riflessioni utili per affrontare lo scenario quotidiano e focalizzarsi sul futuro.

Conclude il focus sulle RSA l'articolo [Il Ministero della Salute manda i Carabinieri a censire le RSA](#): qui l'Autore, partendo dall'esame di un protocollo d'intesa ministeriale che prevede il censimento nazionale delle RSA ad opera dei Carabinieri, mette in rilievo alcune irrisolte crucialità del sistema socio-sanitario.

Politiche, strategie e proposte

Il capitolo sulle proposte e sulle politiche per il futuro inizia dalla domiciliarità e si apre con l'articolo [Una nuova assistenza a domicilio: 10 proposte](#): un nutrito gruppo di soggetti sociali lombardi, sottolineando l'importanza di una rete di cura diffusa e competente, promuove 10 punti per costruirla.

Seguono i due contributi *Quale futuro per l'assistenza della popolazione anziana?* [Prima parte del dibattito](#) e [seconda parte](#). Il primo ragiona sulle "Linee d'indirizzo generali per la riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria dedicata alla popolazione anziana" emanate dalla Commissione nazionale istituita dal Ministero della salute e presieduta da Mons. Paglia, e sul contributo fornito dalle Associazioni di settore. Invece il secondo, sempre riferendosi alle proposte di riforma avanzate dalla Commissione, approfondisce le tematiche della presa in carico, del continuum assistenziale e degli apprendimenti che è possibile ricavare dal Covid.

Il pezzo [Il PNRR. La proposta di NNA per i non autosufficienti](#) spiega come nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che l'Italia stava preparandosi a inviare a Bruxelles per accedere ai fondi stanziati dall'Unione Europea per superare l'impatto economico della pandemia, non fosse originariamente prevista una sezione dedicata all'assistenza agli anziani non autosufficienti. L'Autore passa quindi a illustrare la proposta d'inserimento di una sezione dedicata agli anziani non autosufficienti elaborata dal Network Non Autosufficienza (NNA) e poi recepita nel Piano.

Facendo seguito al precedente, l'articolo [Il PNRR spinge la riforma per la non autosufficienza](#) illustra i punti salienti della riforma in materia di assistenza ai non autosufficienti prevista dal sopracitato Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza: dopo 30 anni di attese e dibattiti, il Piano impegna il Parlamento a varare entro la scadenza naturale della legislatura (primavera 2023) una riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti finalizzata alla formale individuazione di livelli essenziali delle prestazioni

Per finire, il contributo [Non autosufficienza, disabilità e PNRR](#) sottolinea che il PNRR offre possibilità inedite e rilevanti di riformare il sistema di welfare a favore della non autosufficienza ed elenca sei possibili rischi che potrebbero impedirlo.

RSA, aggiornamenti e apprendimenti dalla pandemia

RSA lombarde: un silenzio ... assordante

di Marco Noli

1 Novembre 2020

Temi > Anziani, Emergenza COVID-19, RSA

In attesa che le istituzioni prendano pienamente atto della situazione e intervengano nel “ristoro” del settore sociosanitario, si presenta sinteticamente la situazione che vivono attualmente le strutture sociosanitarie.

Ritorno al silenzio

Dopo il clamore mediatico, spesso superficialmente negativo, verso le RSA si è tornati al silenzio precedente, salvo qualche notizia che con tempestività notifica la presenza di nuovi casi COVID in qualche struttura.

Pochi davvero si stanno rendendo conto dell'enorme sforzo organizzativo e gestionale che le tutte strutture sociosanitarie stanno mettendo in campo per salvaguardare la salute dei loro ospiti / utenti.

Per questo credo opportuno provare a capire in che situazione stanno lavorando le strutture residenziali. Le raccomandazioni dell'ISS *“Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-COV-2 in strutture residenziali sociosanitarie e socio assistenziali”* nelle loro diverse versioni sinteticamente prevedono 3 azioni di fondo:

1. evitare che nelle strutture entri il COVID 19. Tradotto nell'operatività, significa ridurre ogni permeabilità tra l'interno della RSA e l'esterno.
2. evitare la diffusione del COVID qualora dovesse entrare in struttura. Le strategie precauzionali adottate sono:
 - la compartimentazione degli spazi fisici;

- la riduzione dei contatti tra le persone prevedendo solo attività circoscritte a gruppi piccoli e stabili di ospiti e operatori;
 - l'utilizzo di barriere fisiche tanto più forti in rapporto alla consapevolezza degli ospiti dei rischi di contagio (es. demenze);
3. l'isolamento dell'anziano con sospetto COVID, l'invio tempestivo presso strutture dedicate e conseguente verifica dell'eventuale contagio dei contatti stretti.

Raccomandazioni dell'ISS: l'impatto sulle RSA

Che impatto hanno queste azioni sull'organizzazione di una RSA? Anzitutto, queste azioni tutelano dal contagio l'anziano (cure) ma **minano in modo drammatico la cura (care) dell'anziano perché introducono barriere dove invece dovrebbero prevalere relazioni**. La conciliazione delle esigenze sanitarie con la vita degli anziani nelle sue componenti esistenziali di relazioni, di affetti, di riconoscimento, sta mettendo a dura prova sia gli stessi anziani, sia gli operatori delle RSA. Questo tema, già presente prima nella RSA, con l'infezione pandemica è esploso e **costituirà la vera sfida della futura organizzazione della RSA**. E' chiaro che la questione va oltre l'ingresso dei parenti nella RSA, aspetto molto importante su cui giustamente molti si sono soffermati, ma riguarda la qualità della vita dell'anziano nel suo complesso. La solitudine e la mancanza di relazioni fanno anch'esse ammalare! Questo è sicuramente l'aspetto più importante della situazione attuale, che le strutture cercano di affrontare utilizzando diverse strategie che sarebbe opportuno mettere a tema come prezioso patrimonio di *best practice* per il futuro. Da parte del personale educativo c'è un grande lavoro per garantire la comunicazione, almeno tecnologica, con i parenti, che si è concretizzato con video chiamate, invio periodico di foto e di informazioni che hanno lo scopo di tenere vive le relazioni. C'è inoltre un altrettanto grande sforzo per garantire omogeneità di comunicazioni all'interno delle strutture per non disorientare i parenti. Si tratta di **costruire e mantenere una cultura organizzativa** in una situazione dove le riunioni i confronti tra operatori sono inibiti, o quanto meno molto contenuti.

Ricadute nella gestione quotidiana

Tuttavia le tre azioni ricordate pongono importanti problemi gestionali che è bene evidenziare:

- La compartimentazione rigorosa degli spazi obbliga a garantire le attività all'interno dei nuclei o comunque per piccoli gruppi, per evitare il contatto con altri ospiti, con la difficoltà di riuscire comunque a coinvolgere ciclicamente tutti. Le palestre e le sale animazioni sono usate solo per piccoli gruppi; tutti i

giochi, gli attrezzi e i presidi devono essere sanificati a ogni cambio di persona. I momenti di aggregazione più ampi tipici dell'animazione, della pet therapy e delle feste, sono tutte inibiti. La sanificazione dei luoghi e degli strumenti usati è un altro aspetto organizzativo complesso che richiede un presidio costante, puntuale e preciso che crea un incremento di ore lavoro per il personale

- L'obbligo di avere delle camere di isolamento, disponibili per i pazienti che dovessero infettarsi in attesa di trasferimento, e le barriere all'ingresso dell'ospite provocano una ridotta saturazione dei posti letto, **con il conseguente danno economico (1 posto letto vuoto costa alle strutture circa 100€/die)**. E occorre anche tenere presente che **molte delle strutture hanno strutturalmente difficoltà a garantire un reale isolamento**, e quindi la gestione diventa ancora più complessa.
- Si sta registrando anche, com'era prevedibile, un assottigliamento delle liste di attesa: spesso si declina l'invito a entrare in struttura **perché l'evocazione mediatica del passato relativa "alla strage di anziani in RSA" ha lasciato il segno**. E ancora di più lo ha fatto la previsione di non poter incontrare il proprio caro una volta divenuto ospite della struttura.
- Da sottolineare, inoltre, come la necessità di dotare il personale dei necessari DPI per la tutela della loro salute abbia un **costo significativo**. A solo titolo esemplificativo, come segnalano le associazioni di categorie, ogni posto letto consuma 16 guanti/die: oggi le confezioni di 100 pezzi costano 8€ l'una (prima del COVID costavano 1,80€), che **sui 65.000 posti letto lombardi impatta per 12 milioni/die**.
- L'altra variabile critica è il personale, considerato che molti infermieri sono stati "drenati" dagli ospedali e che diversi operatori, in conseguenza ai pregressi problemi di salute o perché in quarantena (spesso oggi si verifica in relazione alla positività dei figli a scuola), **sono ciclicamente assenti per periodi più o meno lunghi**. Questa situazione richiede alle strutture un potenziamento del personale, che diventa ancor più drammatico in caso di presenza di pazienti COVID, anche per le difficoltà di reperimento.
- Ultimo aspetto, tutt'altro che secondario, è la complessa gestione degli ospiti e degli operatori asintomatici, paucisintomatici e infetti. Le indicazioni sono cambiate più volte, richiedono isolamenti e tamponi ripetuti, scaglionati nei tempi; la gestione si complica ulteriormente in caso di eventuali invii in ospedale di ospiti per accertamenti.

Questa breve sintesi fa capire che **le strutture sociosanitarie stanno facendo un mestiere che non è il loro**, con oneri gestionali ed economici che superano di gran lunga quanto contrattualizzato con le ATS.

Questo costo gestionale aggiuntivo, assai rilevante per le RSA, per ora non è riconosciuto.

Il nodo dei costi

Con la delibera n. 3529 del 5/08/2020^[1] la Regione ha finora riconosciuto per gli ospiti € 145/die, ridotti della compartecipazione delle famiglie, per il periodo compreso tra la data di effettuazione del primo tampone e la data di referto del secondo tampone negativo. Lo stesso vale per il periodo febbraio-maggio, in assenza di tampone, per pazienti per cui si rileva la presenza nel FASAS di sintomatologia riconducibile alla casistica COVID per il periodo di durata della sintomatologia. La tariffa è stimata tenendo conto della remunerazione giornaliera che i medesimi casi avrebbero avuto in una struttura ospedaliera (DRG 089) La farraginosità dei conteggi, tutti da ricostruire a posteriore anche per gli ospiti deceduti, e il modesto riconoscimento economico reale **stanno inducendo alcune RSA a non usufruire di questo contributo.**

Spiace registrare che ancora oggi la preoccupazione è focalizzata sulla tenuta del sistema sanitario, monitorato sui ricoveri ospedalieri e, in particolare, sull'aumento dell'occupazione dei posti di terapia intensiva. In realtà il sistema sanitario comprende il sistema sociosanitario e **dovrebbe essere alta anche la preoccupazione della tenuta di queste strutture.**

La solitudine delle RSA

Al di là di alcune indicazioni delle delibere regionali per un coinvolgimento dei servizi specialistici dell'ATS, la realtà riproduce **la solitudine delle strutture dei mesi scorsi.** La sostenibilità economica crea molte preoccupazioni, non solo per i costi gestionali che le strutture stanno affrontando, ma anche per il danno economico subito nei mesi di lockdown. Su questo tema sono aperte interlocuzioni con le istituzioni, ma **ad oggi non sono emerse garanzie significative.** Per capire il possibile danno economico occorre considerare il meccanismo di rimborso della quota sanitaria alle residenze, basato su un budget definito all'inizio dell'anno e riparametrato a ottobre secondo la saturazione dei posti letto realizzata durante l'anno. Quest'anno, come attesta la regione, **nelle RSA ci sono stati 2 milioni di giornate in meno di degenza,** che creano, se non s'interviene, una perdita complessiva di circa 200 milioni per i gestori. È evidente che era necessario bloccare gli ingressi in piena pandemia; analogamente, è corretto procedere con attenzione agli ingressi in questi mesi, ma questo ha delle ricadute economiche molto importanti sul settore sociosanitario. Questo settore impegna circa 72 mila operatori sanitari, ai quale si aggiunge tutto l'indotto dei servizi (lavanderia manutenzione, ristorazione, pulizia, ecc.).

La quota sanitaria riconosciuta dalla regione alle RSA, non aggiornata da un decennio e non corrispondente alle indicazioni dei LEA, **già prima del COVID era largamente insufficiente a coprire i costi sanitari e sociosanitari: oggi è drammaticamente carente.**

Le strutture, quindi, stanno combattendo due battaglie:

- quella per far sì che il COVID 19 non entri in RSA, facendo il possibile e l'impossibile, ma con il morale di "chi sa che arriva, ma non sa quando e da dove", come mi riferiva un responsabile davanti all'evolversi della pandemia nel mese di ottobre 2020;
- quella della sopravvivenza economica.

Emergenza: la nuova routine

Di fronte a questo quadro, si registra un silenzio assordante da parte delle istituzioni e dei media. **L'emergenza è diventata routine.**

Il pensiero fatica ad alzare lo sguardo e a prefigurare il futuro a partire dall'oggi, **che per le RSA (in particolare per le tante realtà del terzo settore, diffuse sul territorio e vicino alle loro comunità) è anzitutto la sopravvivenza.**

[1] "Determinazioni in merito al trattamento economico dei servizi erogati dalle strutture extra-ospedaliere nel periodo dell'emergenza pandemica".

COVID-19 e rete territoriale: nuovi aggiornamenti

D.g.r. n. 3913/2020 “Aggiornamento degli atti d’indirizzo ex dd.g.r. n. 3226/2020 e n. 3524/2020 – Ulteriori indicazioni per la gestione dei pazienti COVID – 19 nella rete territoriale”

a cura di Marco Noli

13 Dicembre 2020

Temi > Anziani, disabili, Emergenza COVID-19, Famiglia e minori, presa in carico, programmazione e governance, RSA, RSD, Salute mentale

Il contributo presenta gli aggiornamenti in materia di gestione dei pazienti COVID-19 nella rete territoriale contenuti nella recente d.g.r. n. 3913/2020.

La [d.g.r. n. 3913 del 25/11/2020](#) recante “Aggiornamento degli atti d’indirizzo ex dd.g.r. n. [3226 del 09/06/20](#) e n. [3524 del 5/08/20](#) – Ulteriori indicazioni per la gestione dei pazienti COVID – 19 nella rete territoriale” adegua le precedenti indicazioni operative all’evoluzione della pandemia e delle conoscenze scientifiche relative al virus SARS-Cov-2.

Sostanzialmente aggiorna:

- la durata dell’isolamento e delle quarantene;
- l’utilizzo / interpretazione dei test antigenici rapidi;
- i setting appropriati correlati alla severità clinica;
- la gestione delle visite, dei rientri al domicilio ecc. nelle strutture.

Anzitutto, si ribadisce che il **Piano organizzativo gestionale di ogni U.d.O (POG)**, che andrà aggiornato con le indicazioni di questa nuova delibera, è lo strumento fondamentale di governo delle azioni da implementare e attuare per contrastare l’infezione da COVID-19 nelle strutture.

Sono aggiornati i **tempi dell'isolamento** (periodo di contagiosità) e **quarantena** (durata del periodo di contagiosità) richiamando quanto prevede la [Circolare Ministero della salute n. 0032850- 12/10/2020 – DGPRES – DGPRES – P.\[1\]](#):

La Regione prevede che per i casi positivi a lungo termine, proprio per il contesto comunitario dell'U.d.O., si concluda l'isolamento solo dopo un tampone molecolare negativo e demanda al Referente Medico dell'U.d.O, e se necessario al parere infettivologico, la corretta interpretazione del test.

Regolazione degli ingressi e i reingressi degli utenti

La delibera poi aggiorna la sezione “Regolazione degli ingressi degli utenti” della [d.g.r. n. 3524/2020](#) ed in particolare prevede che:

1. la valutazione clinico – anamnestica per individuare i segni o sintomi del COVID-19 è estesa ai 10gg precedenti alla presa in carico (non 14 gg come prima);
2. l'effettuazione del solo tampone molecolare naso- faringeo basale di pre - ingresso (in precedenza anche test sierologico) dovrà esser ripetuto dopo 10 gg (in precedenza 14 gg) di quarantena domiciliare;
3. qualora la quarantena non fosse praticabile domicilio [\[2\]](#), l'isolamento si può trascorrere presso la U.d.O residenziali che garantiscono misure di adeguato isolamento. La quarantena si conclude se il secondo tampone dopo 10 gg è risultato ancora negativo. Per gli utenti provenienti dal territorio la struttura accettante può ricorrere ai MMG/PLS per integrare le informazioni cliniche – anamnestiche e organizzare l'esecuzione di tampone attivando l'ADI. Per l'inserimento nelle strutture della Salute Mentale e delle dipendenze la struttura accettante prende contatto con i servizi invianti, sia per acquisire le informazioni clinico amnestiche sia per eseguire il tempone.
4. in caso di nuovo ingresso /reingresso in una U.d.O di un ospite/paziente proveniente da ricovero ospedaliero, occorre disporre di un tampone negativo con la specificazione che in caso di:
 - **diagnosi di dimissione no COVID-19:** il tampone è predisposto dall'ospedale/ struttura dimettente se la permanenza è > di 48h o, per durate inferiori, se non è disponibile un tampone precedente al ricovero con esito negativo. La struttura accoglie il soggetto solo in caso di tampone negativo ponendolo in isolamento e dopo 10 gg ripete il tampone che, se negativo, pone fine all'isolamento;
 - **diagnosi di COVID-19:** l'accettazione è possibile solo se è intervenuta la guarigione accertata [\[3\]](#) e attestata dal medico dimettente.

È inibito l'ingresso o il reingresso dell'ospite/ paziente nella U.d.O, fatto salvo per le U.d.O dedicate a pazienti COVID-19 se la valutazione clinica anamnestica relativa ai 10gg precedenti alla presa in carico ponesse sintomi per COVID-19 o il tampone nasofaringeo risultasse positivo.

Rimangono confermate le altre indicazioni sul tema previste dalla d.g.r. 3524/2020, con la specificazione che se i tamponi nasofaringei sono svolti con modalità "drive through" sono a carico della struttura.

Gestione di ospiti/pazienti contatti stretti, sospetti COVID-19 e casi COVID-19 asintomatici / paucisintomatici

Sono declinate specifiche gestionali per le diverse fattispecie, quali:

- **rientri da viste ambulatoriali:** valutazione da parte del Responsabile sanitario / medico dell'ospite/paziente di concerto Responsabile COVID, in base della situazione epidemiologica e della valutazione e del rischio della struttura ospitante;
per pazienti/ospiti fragili e con accessi ospedalieri frequenti: raccomandati il test antigenici con finalità di screening;
- **pazienti / ospiti individuati come contatti stretti:** isolamento per 10gg e tampone (al g.0, al g.+5, al g.+10) e stretta osservazione medica clinica quotidiana;
- **pazienti /ospiti con sintomi sospetto COVID-19:** immediato isolamento, test antigenico, valutazione medica e conseguenti decisioni diagnostiche – terapeutiche;
- **pazienti / ospiti risultati positivi al test antigenico effettuato per contatti stretti, in caso di sintomatologia sospetto COVID-19 o per screening:** tampone molecolare, immediato isolamento, valutazione medica e conseguenti decisioni diagnostiche – terapeutiche.

L'ospite asintomatico /paucisintomatico classificabile come COVID-19 lieve, in caso di test antigenico e/o molecolare positivo per SARS-CoV-2, o in caso di contatto stretto o di sospetto COVID-19, **può proseguire la permanenza in struttura solo se la U.d.O ha adottato le misure organizzative logistiche idonee a garantire adeguato isolamento fra ospiti e assistenza**, secondo le raccomandazioni ISS, ministeriali a regionali. Tali misure organizzative sono:

- efficaci percorsi di vestizione / svestizione tra le aree d'intervento di diverso rischio COVID-19;

- presenza infermieristica h.24 (in caso di RSA e RSD) con operatore formato alla gestione di casi COVID-19 (valutazione dell'instabilità clinica). Per altre tipologie di pazienti è possibile altro personale sanitario formato alla gestione di pazienti COVID-19. Può essere necessario altre specifiche figure professionali a secondo della tipologia dei pazienti (es. educatori ecc.);
- disponibilità ossigenoterapia, dotazione di termo scanner a infrarossi per misurazione della TA, saturimetri transcutanei;
- procedure per la gestione clinica – assistenziali di casi COVID-19.

In questo caso, è prevista la possibilità di accedere a consulenze specialistiche e/o esami diagnostici, anche da remoto; l'utilizzo di farmaci ospedalieri; l'accesso alle terapie del dolore e cure palliative.

Le ATS:

- promuovono accordi tra gli erogatori sanitari pubblici e privati e quelli residenziali della rete territoriale, tramite Coordinamento per la rete territoriale, per assicurare consulenze specialistiche, erogare accertamenti strumentali, definire percorsi privilegiati con Pronto soccorso;
- organizzano l'attività in capo alle USCA per gli ospiti delle Strutture residenziali della rete territoriale extra-ospedaliera, compatibilmente con l'evoluzione e con le disponibilità strumentali, anche per attività diagnostiche secondo protocolli definiti;
- verificano l'adeguata ed effettiva applicazione delle misure di isolamento e assistenza, in coerenza con quanto dichiarato con i Piano organizzativi – gestionali, tramite specifici piani di controllo mirati e opportuni sopralluoghi;
- individuano a seguito di specifiche procedure di evidenza pubblica **Unità d'offerta pro tempore** (in attività fino 31/05/2021) definite: **Degenza di comunità di base per anziani non autosufficienti, Degenze di Comunità di base area disabili, Degenze di comunità di base area salute mentale /dipendenze** dedicate esclusivamente a ospiti/ pazienti COVID-19 asintomatici/paucisintomatici nelle specifiche aree^[4]. La definizione delle risorse necessarie, ricomprese negli stanziamenti previsti per le residenzialità socio-sanitarie, sarà determinata con un successivo provvedimento. Possono partecipare gestori con almeno 5 anni di esperienza nei settori specificatamente indicati e in grado offrire idonea assistenza per il tempo necessario alla conclusione dell'isolamento.

Nel caso in cui il paziente/ospite **non possa esser preso in carico o proseguire la permanenza in U.d.O** si procede:

- alla presa in carico a domicilio, se le condizioni abitative/familiari cliniche lo consentono e previo parere dell'ATS;
- al trasferimento presso altra struttura più idonea;
- al trasferimento in ospedale in caso di situazione clinica di gravità moderata / severa

Struttura della rete extra ospedaliera per la gestione di paziente COVID-19 positivi

I pazienti COVID-19 positivi, che non necessitano di ricovero ospedaliero per acuti in ragione dei loro bisogni clinici – assistenziale – riabilitativi, possono essere accolti nelle strutture della rete extra ospedaliera (comprese quelle di offerta sociosanitaria):

- **cure sub acute;**
- **cure intermedie;**
- **degenze di sorveglianza** (ex [d.g.r. 3020/2020](#) esclusivamente dedicate a casi COVID-19);
- **degenze di comunità di base** (ex [dd.g.r. 2019/2019](#) e [3681/2020](#), esclusivamente dedicate ai casi COVID-19).

Queste strutture devono garantire misure organizzative ulteriori rispetto a quelle precedentemente indicate.[\[5\]](#)

Gli **Hospice** possono accogliere pazienti COVID-19 Positivi che necessitano di cure palliative e devono adottare tutte le misure sopra indicate, comprese idonee procedure per la gestione palliativa dei casi COVID-19.

La Centrale Unica di Dimissioni Post-ospedaliera, ossia il portale PRIAMO, é l'unica autorizzata al trasferimento dei pazienti, anche provenienti dal territorio/domicilio:

- nelle U.d.O della rete extra ospedaliera per la gestione di paziente COVID-19 positivi;
- nelle strutture di riabilitazione Pneumologica/Respiratoria in ambito ospedaliero;
- in dimissione da strutture per acuti (purché il fabbisogno di ossigeno preveda bassi flussi, se vi è necessità di maggior intensità respiratoria il trasferimento nelle strutture specialistiche respiratorie è affidato alla Centrale acuti – AREU);
- dal PS verso le strutture sopraindicate.

Nel portale **PRIAMO**:

- **sono inseriti anche i pazienti**
 - provenienti dal territorio/domicilio da parte dell'ATS territorialmente competente o articolazione organizzativa da essa individuata;
 - gli ospiti COVID-19 dopo negativizzazione che rientrano nelle strutture di appartenenza.
- **sono esclusi i pazienti:**
 - destinati all'Hospice;
 - destinati alle strutture residenziali della salute mentale e delle dipendenze (per i quali sono previsti specifici percorsi rapportati all'eventuale stato di scompenso psichico).

Regolazione dei rientri temporanei a casa degli utenti

Di norma la delibera sospende tali rientri; in via eccezionale, tuttavia, essi possono essere autorizzati dal Responsabile medico / Referente Covid. Le modalità di rientro in struttura devono essere dettagliate nel Piano organizzativo – gestionale. È comunque indicata l'esecuzione di test antigenico e, se negativo, un periodo di quarantena di 10 gg con monitoraggio dei sintomi e nuovo tampone molecolare a 10gg, e solo se negativo, riammissione alla vita comunitaria della U.d.O.

Regolamentazione degli accessi di soggetti esterni in U.d.O territoriali residenziali

Gli accessi dei visitatori devono essere autorizzati solo in situazioni eccezionali, nel rispetto delle norme specifiche, e dovranno avvenire secondo le modalità dettagliate previste nel Piano organizzativo – gestionale in relazione alla patologia trattata, all'età dell'ospite e del visitatore e alle caratteristiche logistiche della U.d.O stessa. Dev'essere sempre garantita/supportata la possibilità di collegamento in remoto. Il Piano organizzativo – gestionale deve indicare in dettaglio, come richiamato in delibera, le modalità di accesso (autorizzazioni, procedure d'ingresso, le eccezioni riguardanti l'accesso di più persone, non in contemporanea, per ospiti nelle fasi finali della vita), quelle di effettuazione delle visite (tempi, età – particolare attenzione >65 anni e minori di 12 anni) e di permanenza nella struttura (distanziamento, uso dei DPI, sanificazione, definizioni di percorsi) Si possono favorire le relazioni anche attraverso vetrate o altre soluzioni strutturali dove possibile, mantenendo il familiare/caregiver all'esterno della struttura, prevedendo modalità specifiche per gli ospiti con deficit cognitivi.

Gestione di altre attività nelle strutture afferenti all'area salute mentale e dipendenze

La delibera dà indicazioni per le attività fisiche (da effettuare prevalentemente nel perimetro della struttura) e le uscite individuali (da valutare rispetto alla compliance nell'uso di DPI).

Le attività legate a programmi individuali esterni alla struttura e rilevanti per il percorso riabilitativo, vengono mantenute, se compatibili con le relative norme vigenti in materia di prevenzione del COVID-19, anche se è richiesto d'implementare il più possibile lo smartworking, di adottare misure precauzioni nella fase di rientro in comunità e di svolgere un'attività di sorveglianza sanitaria periodica (tamponi). Le attività di gruppo, quelle con più persone e le riunioni d'équipe vanno riorganizzate secondo quanto stabilito in materia dalle norme.

Infine la delibera prevede l'estensione della maggiorazione tariffaria di 40€ /die, secondo le modalità già determinate per le altre U.d.O. sociosanitarie quali: Servizio terapeutico Riabilitativo Minori (SRM), Strutture residenziali psichiatriche, strutture residenziali di NPIA, comunità residenziali per le dipendenze.

Si rinvia comunque al testo della delibera per una lettura più puntuale delle disposizioni qui riportate sinteticamente.

Alcune prime riflessioni

L'evolvere della pandemia richiede continue rimodulazioni delle indicazioni di prevenzione e precauzione contro la diffusione del COVID-19; è quindi comprensibile la necessità di aggiornare le disposizioni di volta in volta emanate. Emerge, però, una reale difficoltà nel districarsi tra i numerosi provvedimenti nazionali e regionali perché le delibere, e questa non fa eccezioni, sono costruite secondo una logica incrementale. Questo significa che si rimanda a numerose precedenti norme e delibere, aggiungendo/modificando/integrando parte di esse. Ciò costringe i gestori delle U.d.O. a fare una ricostruzione laboriosa e complessa, attraverso un disagiata excursus, di quanto è ancora valido e di quanto è stato modificato. Sarebbe auspicabile che, quando si mette mano a così tante e continue modificazioni, ci fosse un punto fermo, ricognitivo, definito e preciso delle norme in vigore in quel momento e delle modifiche introdotte.

Sorprende inoltre che l'ATS della Città metropolitana, nella nota di trasmissione della delibera 3913, chieda alle U.d.O. delle RSA e RSD di aggiornare il piano organizzativo gestionale **entro 24 ore e di allegare il relativo documentario a riscontro** per le U.d.O. che hanno adottato le misure – è richiesto il loro adeguamento sulla base della d.g.r. 3913 – e intendono proseguire nella gestione degli ospiti asintomatici/pausintomatici classificabili come COVID-19 lieve. Le altre U.d.O. devono dare indicazioni se hanno

segnalato pazienti, in quelle condizioni, alla Centrale Unica di Dimissione per il trasferimento presso la struttura più idonea. Infine, si precisa che comunque è necessario procedere all'aggiornamento del POG, in relazione a tutti gli aspetti contenuti della d.g.r. 3913.

È evidente che tale modo di procedere mette in grave difficoltà gli Enti gestori, sia per le numerose modifiche richieste, sia per le specificazioni applicative che alcune di esse richiedono [6]. Viene il sospetto che, considerata l'evoluzione della pandemia, si voglia delegare la completa responsabilità di eventuali problematiche agli Enti Gestori, senza dare loro il tempo di adeguarsi alle incessanti evoluzioni delle disposizioni. Occorre tenere sempre a mente che le RSA e le RSD con queste disposizioni sono chiamate a compiti diversi da quelli per cui sono state create, non previsti né dalle normative di accreditamento, né dai contratti sottoscritti con ATS.

La seconda osservazione è riferita alla previsione di identificazione con procedure di evidenza pubblica dell'attivazione di Unità d'offerta pro tempore, quali le Degenze di comunità di base per anziani non autosufficienti, Degenze di Comunità di base area disabili, Degenze di comunità di base area salute mentale /dipendenze nel limite complessivo di 400 posti. Queste U.d.O sono sicuramente utili, ma forse sarebbe stato bene provvedere per tempo, considerando sia i tempi dell'espletamento delle procedure di evidenza pubblica, sia lo stentato decollo delle Degenze previste nella d.g.r. n. 2019/2019.

[1] La quarantena prevista dalla Circolare è così articolata:

- casi positivi asintomatici: 10 gg + test molecolare;
- casi positivi sintomatici: 10gg, di cui 3 gg senza sintomi [1]+ test molecolare;
- casi positivi a lungo termine: nessuno sintomi per 1 settimana [1], pur positività al test molecolare, sospendono isolamento dopo 21gg. (verifica da parte del clinico);
- contatti stretti: 14gg dall'ultima esposizione o 10gg dall'ultima esposizione con test antigenico o molecolare nel decimo giorno.

Ulteriori raccomandazioni:

- l'esecuzione del test molecolare fine quarantena per chi vive o è in contatto con soggetti fragili;
- l'esecuzione del test differenziato per i bambini;
- nessuna quarantena né esecuzione di test nei contatti stretti di caso (cioè nessun contatto diretto con il caso confermato), a meno che non risulti successivamente positivo a successivi test diagnostici, nel qual caso l'autorità sanitaria può decidere screening di comunità;
- promozione App. Immuni.

[2] La d.g.r. 3524/2020 elenca le condizioni secondo le quali, al verificarsi anche di una sola, non è praticabile l'isolamento domiciliare: 1) impedimenti abitativi/sociali/familiari 2) ospite/paziente gravemente compromesso che necessita alti livelli di assistenza non procrastinabili 3) ospite/ paziente residente / domiciliato in aree territoriali molto distanti dalla U.d.O coinvolta nella persa in carico.

[3] Così come definita dalla Circolare Ministero della Salute n. 0032850 del 12/10/2020 - DGPRES- DGPRES-P.

[4] La delibera prevede inoltre il ricovero di tali pazienti nel setting di Cure intermedie, rivolto prevalentemente a un'utenza assimilabile, come complessità assistenziale e intensità clinica, al profilo di cura 1 (ex dgr 3383/2015).

[5] Le misure ulteriori sono:

- Strutturali – impiantistiche: padiglioni totalmente indipendenti con accessi e percorsi separati, presenza impianto ossigenoterapia / dotazione bombole di O2;
- Strutture logistiche: locali per vestizione /svestizione del personale e stoccaggio rifiuti speciali; postazioni per attrezzature destinate all'emergenza; percorsi dedicati sporco/pulito,
- Organizzative: personale di assistenziale e infermieristico dedicato, con presenza infermieristica effettiva 24h, in caso di anziani non autosufficienti in RSA e gravi disabili in RSD,
- Procedure per la gestione clinico – assistenziali per pazienti COVID-19 quali: consulenza/teleconsulti almeno in area infettivologica/pneumologica; percorsi preferenziali /protocolli di diagnosi cura per il COVID-19 condivisi con le strutture della Rete Ospedaliera; accesso ad esami di diagnostica strumentale radiologica/ecografica (in sede).

[6] Infatti, UNEBA Lombardia ha suggerito agli Enti Associati UNEBA di Milano e Lodi di soprassedere all'inoltro della documentazione richiesta prima di un confronto tra gli stessi rappresentanti UNEBA e ATS Milano.

Allegati

- [DGR 3913](#)
- [DGR 3913 Allegato 1](#)

Nel territorio

Camminando si apre il cammino. Il vissuto di una RSA milanese

di Rosemarie tidoli

13 Gennaio 2021

Temi > Anziani, Emergenza COVID-19, RSA

Quali sono gli insegnamenti che i servizi sociosanitari possono trarre dagli avvenimenti della fase 1? Una RSA in provincia di Milano propone alcune riflessioni utili per affrontare lo scenario attuale e focalizzarsi su quello futuro.

Emergenza: una nuova normalità?

Con l'arrivo della seconda ondata della pandemia di Covid 19, molti hanno cominciato a temere che l'emergenza dei mesi scorsi possa diventare una "nuova normalità", con la quale bisognerà fare i conti a lungo. Quali saranno i risvolti di questo stato di cose sui servizi sociosanitari lombardi? Quali sono gli apprendimenti da trarre dal tragico periodo della fase 1? E, ancor più importante, su cosa è necessario focalizzarsi adesso? Spesso, [è solo strada facendo che il cammino si fa più chiaro.](#)

Per provare a rispondere a queste domande abbiamo intervistato il Responsabile Sanitario e il Direttore di una RSA della provincia di Milano.

Guardando agli avvenimenti della scorsa primavera, potete dirci cosa ha funzionato (e cosa no) tra le cose messe in atto? A cosa ritenete sia importante prestare attenzione ora, in uno scenario che sembra non essere più quello di un'emergenza temporanea bensì di una precarietà e un'allerta stabili?

La normalità di una RSA non può essere questa. L'esperienza vissuta nei mesi scorsi ha segnato tantissimo gli operatori, gli Enti e gli ospiti della struttura. Due sono gli aspetti principali da mettere in rilievo.

Il primo è la solitudine nella quale abbiamo dovuto compiere le scelte. Gli eventi accaduti sono stati nuovi e destabilizzanti per tutti, istituzioni incluse, e ci è mancato

soprattutto il confronto. All'inizio ci siamo trovati senza nessuna indicazione terapeutica mentre le linee di indirizzo cambiavano in continuazione. Già alla fine di gennaio, quando non si parlava ancora di pandemia ma circolavano già le prime voci su un nuovo virus, la nostra RSA di sua iniziativa aveva acquistato mascherine FFp3, per prepararsi al peggio. Quando il 24 febbraio abbiamo chiesto a tutto il personale di indossare la mascherina chirurgica, lo abbiamo fatto "irrispettosi" delle indicazioni di allora, che ci dicevano che la mascherina era da indossare solo con i malati di Covid. I nostri operatori (inclusi quelli di ADI, RSA aperta e SAD) e gli ospiti non sono mai rimasti senza dispositivi di alta protezione; ma non è stata un'esperienza facile. Vale la pena di ricordare [le difficoltà nel dotarsi dei DPI](#), in certi momenti destinati prioritariamente a CRI e protezione civile, che sono risultati difficilissimi da reperire oltretutto molto costosi. Telefonare ai fornitori e sentirsi negare i DPI ha aumentato la sensazione di solitudine, ma anche la nostra determinazione.

La seconda cosa da sottolineare è che si è parlato tanto della condizione fisica degli ospiti, ma ben poco dell'impoverimento relazionale, cognitivo e funzionale da loro subito durante questo lungo periodo. In circostanze come queste non basta potenziare il lavoro di ASA e infermieri ma occorre puntare su psicologi e educatori, figure cruciali. Per provare a salvare la vita agli ospiti abbiamo dovuto tenere i parenti fuori dalla struttura. Questo ha comportato la necessità di **stringere un'alleanza forte tra operatori, parenti e ospiti**. Un'alleanza basata sulla chiarezza e sulla ricerca comune della verità; abbiamo passato ore ed ore ad aggiornare i parenti sulle condizioni cliniche degli ospiti.

Dal primo giorno, abbiamo preso due decisioni: avremmo affrontato la situazione adottando sempre la scelta più tutelante, più protettiva; avremmo sempre cercato la verità e l'avremmo sempre detta agli operatori e ai parenti, pur se scomoda o spaventosa.

A marzo, un'ospite ha manifestato i sintomi del Covid: riuscire a farle il tampone fu difficilissimo. Risultò negativa ma poi, l'uno dopo l'altro, 22 ospiti sono risultati affetti da Covid. All'inizio abbiamo avuto a disposizione solo cinque tamponi; anche scegliere su chi usarli è stato difficile.

Nel frattempo è stato appositamente compartimentato un nucleo al quale sono stati adibiti sempre gli stessi operatori. Poi, quasi per caso, abbiamo potuto avere la disponibilità del Policlinico di Milano e, grazie alla collaborazione straordinaria delle persone che ci lavorano, all'interno della nostra struttura abbiamo effettuato moltissimi tamponi (a tutti i nuovi utenti presi in carico, a tutti gli operatori di tutti i nostri servizi, anche ai loro contatti stretti): **se vuoi provare a tenere il virus fuori dalla porta, devi mantenere vivissima l'attenzione**. In quel momento, le indicazioni erano di testare solo i sintomatici, ma la prevenzione poteva avvenire solo intercettando gli

asintomatici. Queste decisioni autonome ci hanno permesso, con immani sacrifici, di circoscrivere il virus, nonostante la defezione di 5 o 6 infermieri passati agli Ospedali. In parallelo, noi tutti abbiamo vissuto la **difficoltà di dover tenere insieme le fatiche fisiche, personali, emotive** e le tante lacrime versate per non riuscire a vedere la fine del tunnel [\(come poi accaduto a fine aprile\)](#).

Ci auguriamo che questa drammatica esperienza possa almeno servire **a ricollocare la RSA là dove deve stare, cioè all'interno del territorio**. Sebbene la Regione Lombardia ce lo chiedesse^[1], noi non abbiamo mai nemmeno ipotizzato di accogliere persone malate di Covid perché le RSA, strutturalmente non sono adatte a garantire gli isolamenti e **perché i nostri sono luoghi di vita e non ospedali**. Le RSA devono essere uno snodo nel territorio, un punto d'incontro tra casa, albergo e ospedale.

Spostando ora il discorso su un piano più prettamente amministrativo, organizzativo ed economico, analogamente a moltissime RSA anche la nostra ha dovuto misurarsi con vari problemi, evidenziati in precedenti contributi di Lombardiasociale ^[2]. Nei mesi, dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri e dalla Giunta della Regione Lombardia sono pervenute diverse indicazioni, quasi sempre tardive (chiusura delle visite ai parenti, adozione dei DPI, ecc) [e a volte contraddittorie](#), che si sommavano le une alle altre, imponendo nuovi obblighi (e relativi oneri) alle residenze. Abbiamo deciso da subito che i conti li avremmo fatti alla fine e che **avremmo operato senza badare a spese**. Però non è stata un bel segnale la riduzione degli acconti (dal 95% al 90%) fatta dalla Regione nei confronti degli enti gestori, proprio mentre erano impegnati ad affrontare la crisi. Il taglio dei fondi rischia di provocare la riduzione della spesa e conseguentemente, dell'assistenza.

Quello dei conti è rimasto un punto dolentissimo. Abbiamo avuto maggiori esborsi e minori entrate. [I vari provvedimenti](#) emanati dalla Regione Lombardia a supporto dei maggiori esborsi sostenuti dalle RSA per la pandemia si sono risolti in aumenti di budget e di tariffe del tutto insufficienti, **che ammontano più o meno alla metà di quel che servirebbe**, tanto più che la quota sanitaria è immobile da anni e che proprio di recente ci sono, finalmente, stati gli aumenti contrattuali del personale che aveva gli stipendi fermi da anni.

Alcune RSA stanno pensando di aumentare la quota assistenziale di 2 o 3 euro al giorno per coprire il forte incremento dei costi sanitari legati al Covid: questo certamente provocherà problemi, sia di mercato che alle famiglie.

Cosa si può imparare da quanto messo in campo durante la “prima ondata”? Se lo stato di allerta perdurasse, quali sono gli elementi che è importante non perdere?

Per quanto riguarda la RSA, la nostra carta vincente è stata la sintonia tra direzione sanitaria e direzione generale, che non sempre è scontata. Essa si è riproposta anche nell’atteggiamento verso gli operatori, che non sono stati lasciati allo sbaraglio ma ascoltati e tutelati.

La sintonia che si è creata, come già detto, ruota intorno a due valori: essere sinceri e coerenti con tutti i lavoratori, gli ospiti e i loro parenti e scegliere sempre l’alternativa che espone i nostri ospiti e i lavoratori al rischio minore.

La seconda cosa da imparare dagli avvenimenti trascorsi è **che occorre pianificare e programmare** (a tutti i livelli, anche solo per l’acquisto del materiale). Non ci sono scappatoie, se si vuole mantenere una certa qualità del servizio, è essenziale: a) chiarire gli obiettivi; b) rendere disponibili i fondi idonei a raggiungerli. Si è poi rivelato vantaggioso il gestire una pluralità di servizi: questo ci ha permesso di estendere i tamponi anche agli utenti dei servizi domiciliari e di instaurare una forte collaborazione con i MMG del territorio, mossa strategica su vari fronti. Infine, abbiamo verificato come sia cruciale sforzarsi di avere la massima trasparenza con gli ospiti e i familiari, facendo tutto il possibile anche per mantenere regolare la comunicazione con loro e tra i parenti e gli anziani ricoverati.

Affrontando il discorso a livello più generale, si è già accennato all’importanza di prevedere per le RSA figure quali lo psicologo e l’educatore. Un’altra priorità sul versante del personale dev’essere quella di **dare stabilità e dignità al lavoro di medici e infermieri delle RSA**, ora visto come secondario rispetto a quello delle analoghe figure ospedaliere. L’idea che il lavoro nelle strutture sia di serie B va combattuta: nelle RSA si può imparare tantissimo, sia sul piano professionale sia su quello umano e relazionale.

Con riferimento ai decisori, infine, quanto successo nei mesi scorsi indica a gran voce che i processi devono essere governati efficacemente e nei tempi giusti. Questo implica sia emanare linee guida chiare che occuparsi in modo esauriente dei costi perché, **quando si mettono sul tavolo obiettivi di gestione del sistema, in contemporanea occorre affiancarli con le risorse per concretizzarli.**

[\[1\]Dgr XI/2906 dell’8/3/2020](#)

[\[2\] Si vedano, tra gli altri:](#)

[DGR 3226, a gran voce semplificazioni e chiarezza | Lombardia Sociale](#)
[RSA lombarde: un silenzio ... assordante | Lombardia Sociale](#)

Il Ministero della Salute manda i Carabinieri a censire le RSA

Un contributo di Luca Degani, Presidente Uneba Lombardia, Membro del Consiglio Nazionale del Terzo Settore

a cura di Rosemarie Tidoli

24 Maggio 2021

Temi > Anziani, RSA

Partendo dall'esame di un recente protocollo d'intesa ministeriale che prevede il censimento nazionale delle RSA ad opera dei Carabinieri, l'Autore mette in rilievo alcune irrisolte crucialità del sistema socio-sanitario.

Le RSA di fronte all'irrompere del Covid

Era il marzo 2020 quando scoppiavano i primi focolai di Covid-19 sul territorio nazionale e già iniziava a parlarsi della "strage degli innocenti" nelle case di riposo. I riflettori mediatici si sono da subito accesi su queste realtà, così come immediatamente sono state avviate inchieste da parte dell'autorità giudiziaria, finalizzate a trovare i colpevoli del diffondersi del virus nelle strutture, come se l'individuazione di un responsabile in quel momento fosse un atto dovuto per giustificare una simile tragedia.

Le RSA si sono perciò trovate a combattere per mesi non soltanto contro il virus, ma anche contro il dilagare di un'immagine negativa, che ha portato inesorabilmente molti italiani a nutrire una certa diffidenza sulla capacità di questi luoghi di garantire la sicurezza dei propri anziani ospiti.

Ciò in quanto non si è compreso che questa unità d'offerta non presidia un bisogno di cure per acuti, ma offre servizi prevalentemente di natura assistenziale ed alberghiera, volti a supportare, ad esempio, un anziano ultraottantenne che non può più essere assistito al domicilio. Ciò forse a causa di una visione "ospedalocentrica", nonché di alcune delibere Regionali che hanno aperto le porte delle RSA all'accoglienza degli

anziani dimessi dopo il contagio, per garantire agli Ospedali di continuare ad accogliere casi Covid; questo ha comportato l'evidente pericolo di far dilagare il virus nelle RSA, ma soprattutto ha evidenziato l'incapacità pubblica di comprendere i rischi di tali scelte.

Una nuova primavera per le RSA sembrava destinata a sorgere con l'avvento dei vaccini, in quanto finalmente le strutture potevano ricevere uno strumento efficace per tutelare la salute dei propri anziani. Con l'avvio della campagna vaccinale, partita proprio da queste strutture e dalla popolazione fragile ospitata, **le RSA diventavano infatti uno dei luoghi più sicuri.**

Si sperava quindi che, superato il momento più critico dell'emergenza sanitaria, prendesse avvio un percorso di revisione del sistema salute nel suo complesso che, anche alla luce delle vulnerabilità emerse nella pandemia, potesse finalmente portare alla valorizzazione e al rafforzamento delle RSA, purtroppo spesso emarginate e dimenticate, come unità d'offerta indispensabili ed integrate sul territorio. In altri termini, **ci si aspettava la costruzione di una rete territoriale di presa in carico dell'anziano e dalla sua famiglia che partisse proprio dalle RSA** per fornire una risposta al progressivo aumento della popolazione fragile e all'esigenza di un innalzamento degli standard qualitativi di tutti i servizi rivolti a questa fascia della popolazione.

Un protocollo d'intesa per censire le RSA

Pochi giorni fa il Ministero della Salute ha però reso evidente la volontà di perseguire un obiettivo diverso: non quello di fornire risposte alle esigenze del sistema, ma – si direbbe – quello di cercare, ancora una volta, presunti colpevoli. Il 19 maggio 2021 è stato infatti sottoscritto un Protocollo di intesa, della durata di tre anni, tra il Ministero della Salute e il Comando dell'Arma dei Carabinieri, per la ricognizione delle residenze per anziani presenti sul territorio italiano. Il Protocollo è il frutto – come si legge nel comunicato stampa – [del lavoro della Commissione per l'assistenza sanitaria e sociosanitaria della popolazione anziana](#), anche nota come "Commissione Paglia" in onore del suo Presidente, Monsignor Vincenzo Paglia, congiuntamente alla Direzione generale della programmazione del Ministero della Salute. L'accordo prevede una collaborazione al fine di eseguire la **mappatura**, a livello comunale, di tutte le residenze socio-assistenziali variamente denominate (case di riposo, case alloggio, case famiglia) presenti sull'intero territorio nazionale. Come secondo obiettivo si pone quello di realizzare **un'anagrafe delle strutture socio-residenziali**, recante il numero delle strutture operative, la rispettiva capacità ricettiva, le modalità organizzative ed ogni altro aspetto d'interesse.

All'Arma, in particolare, è affidato il compito di "effettuare il censimento delle strutture" e di "svolgere le successive verifiche in relazione a situazioni meritevoli di approfondimento". Per realizzare tale missione il Ministero si impegna a dare il supporto necessario, fornendo – come si legge nel comunicato – la consulenza tecnico-giuridica per l'individuazione della normativa nazionale e regionale.

Un compito dunque singolare, quello affidato ai Carabinieri, che per i prossimi tre anni avranno "in mano" le RSA con l'obiettivo primario, come purtroppo si teme, di verificare "le situazioni meritevoli di approfondimento", piuttosto che di censire le strutture. Del resto non può negarsi che l'intervento dell'Arma per mappare le residenze socio-sanitarie sia sostanzialmente inutile, sia perché il soggetto preposto, per sua natura, è privo di un'effettiva conoscenza del sistema di tutela delle fragilità, che perché il numero delle strutture appartenenti alla rete socio-sanitaria, così come la tipologia del servizio erogato, sono dati già in pieno possesso delle Regioni. In questi elenchi, infatti, figurano tutte le RSA anche solo autorizzate al funzionamento, per non parlare di quelle accreditate e a contratto. Analogamente, è giusto ricordare che nell'ambito della non autosufficienza anziana anche tutto il sistema di conoscenza, autorizzazione e controlli, è già nella disponibilità delle Regioni e delle Aziende Sanitarie Locali. Già oggi, chi aprisse una RSA per anziani non autosufficienti senza una previa autorizzazione pubblica, commetterebbe un illecito per il quale i Nas hanno l'obbligo di intervenire senza necessità di ulteriori disposizioni ministeriali.

Il Protocollo pare dunque rispondere ad un'esigenza di mero effetto comunicativo, mirato probabilmente a deresponsabilizzare alcuni Organi di Governo che, ad oggi, non si pongono l'obiettivo di tutelare quale bene prezioso la salute della popolazione anziana.

Un po' di storia delle RSA

Un intervento come quello previsto dimostra soprattutto un'incompleta conoscenza di quella che è la storia delle residenze, che qui giova ricordare. Le RSA sorgono verso la fine degli anni '80 quando, con la legge finanziaria del 1988, vengono allocati 30.000 miliardi di lire per la realizzazione di 140.000 posti per anziani e soggetti non autosufficienti non assistibili al domicilio.

Nell'arco di pochi anni, tra il 1992/1994, viene definito un progetto-obiettivo nazionale di tutela della salute degli anziani, che comincia a proporre l'idea di una valutazione geriatrica iniziale per individuare il servizio più appropriato a rispondere ai bisogni dell'anziano; in seguito, vengono contestualmente adottate le Linee Guida del '94, che rappresentano **ancor oggi l'unico atto di programmazione nazionale che ha definito i possibili standard gestionali di tali strutture**. Le Linee Guida, tuttavia, non avevano

carattere cogente, tanto che le Regioni hanno continuato – e continuano tutt’oggi – ad avere standard gestionali differenti.

D’altra parte con il D.P.R. 14 gennaio 1997 sono stati definiti, a livello nazionale, i soli requisiti strutturali minimi per l’autorizzazione al funzionamento dei servizi sociosanitari di natura residenziale e semiresidenziale.

Cosa ci dice questo breve excursus? Non solo che da quasi 30 anni non vengono revisionati i bisogni delle strutture e degli anziani ospiti, ma che ci si trova anche ad avere requisiti strutturali uniformi a livello nazionale **contro 20 standard, diversi da regione a regione**, per definire le dotazioni di personale; questo mette inoltre in rilievo l’assoluta carenza di una scala di valutazione omogenea del bisogno dell’ospite. In Lombardia, ad esempio, come è noto si usa il sistema “Sosia”, una classificazione basata sull’analisi di una serie di fattori: mobilità, cognitività, comorbidità, ecc.; mentre in altre Regioni si utilizzano diversi criteri di valutazione o, in alcuni casi, nulla.

La necessità di criteri omogenei per la valutazione del bisogno

Alla luce di tutte le criticità rese evidenti dalla pandemia, ci si aspettava dunque che il Ministero programmasse un’azione rivolta alla popolazione anziana **partendo da un’attenta analisi del bisogno**, visto che il sistema di tutela dell’anziano si fonda su atti di programmazione risalenti a quasi 30 anni fa, sebbene la situazione demografica oggi sia completamente diversa. Il progressivo invecchiamento della popolazione italiana dovrebbe infatti portare a interrogarsi maggiormente sui servizi per la presa in carico tanto della popolazione anziana quanto della cronicità.

Sarebbe pertanto opportuno definire innanzitutto un criterio omogeneo di valutazione del bisogno, per poi ragionare sull’appropriatezza della presa in carico. L’aumentata età media della popolazione e la cronicizzazione nel tempo di svariate patologie acute, infatti, sottolineano **l’urgente necessità di dotarsi di un luogo, tanto fisico quanto operativo, per indirizzare la persona al servizio più appropriato alla tipologia di bisogno espresso**.

È perciò il momento di costruire effettivamente una solida filiera di servizi sul territorio, da quelli domiciliari a quelli residenziali, passando per quelli di sostegno diurni o ambulatoriali, piuttosto che i servizi di supporto ai caregiver familiari; il punto di partenza, in ogni caso, non può che essere un corretto percorso di analisi del bisogno della persona anziana e del suo nucleo familiare.

Un sistema da ripensare

Voler cercare a tutti i costi un colpevole per le tragiche morti della pandemia rischia annullare la dignità delle residenze, luoghi che si pongono l’obiettivo di garantire

l'assistenza e l'aumento tanto delle possibilità di vita per i soggetti cronici, quanto, se non soprattutto, **della qualità di quella parte della vita stessa.**

“Le RSA devono essere ripensate”: questa, a volte, pare essere l'unica dichiarazione che sentiamo a livello pubblico. Una variante sul tema è: “no alle RSA, sì all'assistenza domiciliare”.

Forse serve molto di più. E' necessario un **ripensamento non soltanto del sistema socio-sanitario, inteso come quella filiera di servizi sopra delineati, ma anche di quello sanitario nel suo complesso.** Questo perché l'emergenza sanitaria pandemica **ha mostrato difficoltà di dialogo e di collaborazione** tra i diversi attori, anche a causa di una concezione che ha assegnato un ruolo prioritario agli ospedali, lasciando scoppiare il dramma nelle RSA, rimaste prive di un adeguato supporto.

In questo momento **il PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) è un buon punto di partenza per** destinare risorse al settore, ma è importante che i fondi siano utilizzati non soltanto al fine di realizzare un'ampia riforma dei servizi domiciliari, che a loro volta debbono essere letti in modalità differenziata in relazione ai differenti bisogni (si pensi al tema dell'adeguamento domotico), **ma anche per potenziare tutti gli altri servizi, compresi quelli residenziali.**

Ciò che occorre, in altri termini, è una maggiore attenzione verso queste realtà che **devono essere ripensate come presidi fondamentali sul territorio**, superando le criticità del passato e costruendo il futuro dei servizi assistenziali per gli anziani, se non più ampiamente della cronicità, come (in parte) ben espresso dal PNRR.

Politiche, strategie e proposte

Una nuova assistenza a domicilio: 10 proposte

A cura di Rosemarie Tidoli

21 Novembre 2020

Temi > Anziani, ADI, Badanti, budget di salute, caregiver, Domiciliarità, LEA, presa in carico

Una rete di cure territoriali diffusa, competente: i lunghi mesi dell'emergenza sanitaria ne dimostrano l'importanza. Un nutrito gruppo di soggetti sociali lombardi promuove 10 punti per costruirla.

Un momento da non perdere

La revisione della legge regionale 23/2015, in scadenza, offre la possibilità di ripensare e riorganizzare le cure domiciliari, tassello fondamentale dell'assistenza territoriale. La legge 77/2020 (ex dl Rilancio) aumenta le risorse previste per i servizi di Assistenza domiciliare integrata (ADI), stanziando 734 milioni per le cure domiciliari. Questo momento può permettere di avviare un percorso di adeguamento dell'attuale rete di interventi domiciliari, più capace di affrontare le sfide, sociali e demografiche, che ci attendono domani, evitando che le nuove risorse si limitino ad aggiungersi all'esistente lasciando le cose come stanno.

Cogliendo l'attuale finestra di opportunità, un gruppo di soggetti sociali composto dalle **sezioni lombarde del Forum del Terzo Settore**, SPI CGIL, FNP CISL, ACLI, Legacoop, Confcooperative, Federsolidarietà, AUSER, ANTEAS, Ordine degli assistenti sociali, CISL Medici, UNEBA, Centri di servizio per il volontariato (CSV), in collaborazione con ARS, ha promosso 10 punti per superare i limiti odierni. Anci Lombardia, inoltre, ha espresso un sostegno "convinto e determinato" nei confronti dei contenuti sintetizzati di seguito^[1].

Le proposte si collocano **nel quadro della revisione della LR 23/15** e delle nuove risorse stanziate nonché nella direzione di una nuova legge quadro nazionale sulla non autosufficienza.

Il principale progetto

L'ADI offre prestazioni di natura prevalentemente medico-infermieristiche e di durata limitata. I bisogni delle persone fragili sono invece continuativi nel tempo e riguardano, sempre più, sostegni e tutele anche "sociali". E' urgente **un ripensamento complessivo**, sul lato sanitario e su quello sociale, seguendo le direzioni sotto indicate. Esse riguardano l'intero Paese ma qui iniziamo a declinarle sulla Lombardia, la regione più popolosa e più colpita dalla pandemia.

La nostra proposta principale è quella di avviare una ridefinizione delle cure domiciliari che superi la separazione tra ASST e Comuni ed estenda il campo degli aiuti possibili attraverso una sperimentazione regionale, che ponga le basi per un modello integrato di cure sociosanitarie e tutelari.

1. Livelli essenziali di assistenza

E' importante rendere esigibile l'assistenza domiciliare, cosa che oggi non accade: essa è fruibile nei limiti delle risorse disponibili, in particolare sul lato "sociale", e questo genera iniquità.

- *Le cure domiciliari devono rientrare nel quadro dei LEA – livelli essenziali di assistenza garantiti nei confronti della popolazione fragile: persone con disabilità e anziani non autosufficienti.*
- *I binari di ADI e servizi domiciliari dei comuni(SAD), dovranno trovare punti di convergenza, superando la dicotomia tra la gratuità dell'ADI e la compartecipazione ai costi dei SAD.*

2. Accesso

Le cure domiciliari delle ASST e dei Comuni oggi raggiungono una quota largamente minoritaria del bisogno potenziale. Dobbiamo ridurre la distanza tra bisogni e servizi, lavorando **su luoghi fisici concreti, capaci di attivare una presa in carico vera da parte delle istituzioni.**

- *Vanno coinvolti e sensibilizzati i **Medici di medicina generale** e l'insieme delle Cure primarie nei confronti di cure domiciliari da considerarsi come opportunità di sostegno non episodico.*
- *Vanno realizzati i Presst (**Presidi Socio Sanitari Territoriali**), previsti dalla legge regionale 23/2015 e mai decollati.*
- *La logica dev'essere quella del **"One stop shop"**, luogo fisico che ricompone le risorse, semplifica i percorsi di accesso e assicura un'informazione aggiornata.*

In questa logica andranno utilizzati anche i finanziamenti previsti dalla legge 77/2020 per la prevista sperimentazione biennale di “Strutture di Prossimità”.

3. Una nuova missione dei servizi

Come estendere la platea di famiglie aidate dai servizi? Possiamo farlo se concepiamo **servizi che facilitano, valorizzano** le risorse di cura dei territori e delle famiglie (*enable*) e non semplicemente che erogano (PROVIDE) prestazioni.

- *L'organizzazione e lo sviluppo di comunità offrono possibili strumenti per indirizzare l'assistenza a domicilio verso modalità di intervento non più e non solo “prestazionali”.*
- *Serve investire sulla **formazione di figure professionali** capaci di gestire e muoversi nella rete: dai network manager agli assistenti sociali e infermieri di comunità.*
- *Serve **co-progettazione tra Enti pubblici e Terzo settore**. Il ruolo strategico del Terzo settore nel rispondere ai bisogni delle categorie più fragili deve essere valorizzato attraverso una regia pubblica forte.*

4. Un diverso perimetro dell'aiuto a domicilio

È (solo) di più ADI, che offre prestazioni molto standardizzate, poco personalizzate e di durata limitata, ciò di cui abbiamo veramente bisogno? **Ciò di cui c'è bisogno è un ventaglio più ampio di supporti** che guardino a soggetti diversi (non solo la persona fragile, “utente”, ma anche il suo contesto) e a diversi gradi di fragilità, anche moderata.

- *Serve **riprogettare i servizi di assistenza domiciliare**: interventi quali visite mediche, prestazioni infermieristiche, somministrazione di medicine dovrebbero essere accompagnati da aiuti di supporto alla domiciliarità nelle sue diverse sfaccettature*
- *L'**aiuto dovrebbe estendersi anche al nucleo familiare**. Ciò include i caregiver, spesso fragili a loro volta, ed eventualmente anche l'assistente familiare*
- *La riprogettazione dei servizi di assistenza domiciliare dovrà poi tenere conto delle diverse linee (misure B1 e B2, ProVI, legge 112/2016 sul Dopo di Noi, voucher anziani e disabili), in una logica ricompositiva. Il [progetto di legge regionale per il diritto alla vita indipendente](#) delle persone con disabilità va in questa direzione e offre strumenti di intervento che possono essere applicati nell'ambito delle cure domiciliari.*

- *Elemento fondamentale è infine **il tema dell’abitare**. Servono politiche capaci di agire sia a livello di barriere architettoniche sia di organizzazione dei*
- ***I dispositivi digitali** e le nuove tecnologie configurano dispositivi complementari all’aiuto in presenza, per una domiciliarità più agile e in grado di raggiungere più persone.*

5. Caregiver

La ricerca realizzata ad aprile su un campione nazionale di mille caregiver è stata intitolata “L’Italia che aiuta chiede servizi” perché solitamente le famiglie chiedono aiuti economici. E invece qui è emersa per prima la richiesta di informazioni, aiuti diretti, servizi che le sostengano nei compiti di cura.

- *Serve sviluppare una serie di interventi **a sostegno dei caregiver**: punti di incontro, sensibilizzazione rivolta al sistema dei servizi, formazione degli operatori che assistono le persone fragili e le loro famiglie.*
- *In questa direzione va la proposta di legge regionale di iniziativa popolare #iosonocaregiver che auspichiamo possa presto intraprendere il suo iter istituzionale.*

6. Assistenti familiari

Secondo nostre stime le badanti in Lombardia sono circa 160.000, di cui meno della metà (62.000) regolarmente assunte. Nei mesi di *lockdown* è avvenuta un’ondata di chiusure dei rapporti di lavoro, per paura di un contagio. Di badanti, però, avremo sempre più bisogno.

- *Serve **dare piena attuazione alla legge regionale 15/2015** sugli assistenti familiari, superando i limiti finora riscontrati*
- *Immaginiamo un nuovo sistema di cure domiciliari territoriali che **si interfaccino con la realtà delle badanti** e che aiutino a superare la doppia solitudine, quella delle famiglie e quella delle badanti stesse.*

7. Una nuova governance delle cure domiciliari

Si raggiunge integrazione se si riesce a creare una nuova **governance che faccia sintesi tra i due soggetti istituzionali coinvolti: Comuni e ASST**. Il disegno delle cure domiciliari deve poi coinvolgere il Terzo settore su un piano paritetico. Iniziare questo tipo di cambiamento in Lombardia richiede una *governance* condivisa già a livello regionale, mentre la presenza di tre assessorati di riferimento (al Welfare, al Sociale e alla Famiglia) non aiuta l’integrazione.

- *Va avviato un **Tavolo di lavoro regionale** tra Regione, Anci, Parti sociali e Terzo settore, per sviluppare procedure per un nuovo sistema di cure domiciliari più integrato, versatile in termini di azioni svolte, più esteso in termini di domanda coperta.*

8. Servizi domiciliari nelle Cure primarie

Sul territorio occorre investire nelle cure primarie, in Lombardia depotenziate negli anni.

- *Servono strutture territoriali stabili di raccordo **tra Comuni, Distretti, Dipartimenti delle cure primarie delle ATS**, che sovrintendano gli investimenti nella medicina preventiva e l'attuazione delle aggregazioni funzionali e delle Unità complesse dei medici delle cure primarie.*
- *Nel sistema delle cure domiciliari che immaginiamo, non più separato tra Comuni e ATS e ASST, **i medici di medicina generale** devono assumere una funzione di prevenzione, diagnosi e presa in carico (anche in regime di telemedicina) in collaborazione con gli **infermieri di famiglia** (l. 77/2020).*
- ***Le risorse messe in campo** dal Terzo settore e dai Comuni sono indispensabili per programmare insieme ad ATS e ad ASST interventi che raggiungano capillarmente a domicilio anche i soggetti più fragili.*

9. Il finanziamento delle cure

Gli investimenti sulla domiciliarità in Lombardia continuano a rimanere limitati. Il potenziamento della spesa dedicata dovrà quindi essere mantenuto anche in periodi non emergenziali. Centrali sono anche i temi della ricomposizione delle risorse e del fare pooling tra quelle pubbliche e quelle famigliari.

- *L'utilizzo dei **budget di salute** va in questa direzione. La logica è quella della ricomposizione delle risorse – pubbliche e private, umane, professionali ed economiche – in un unico budget personalizzato, base per lo sviluppo di progetti individuali o progetti di vita, a loro volta personalizzati.*
- *L'andamento demografico e l'inevitabile aumento della domanda di assistenza necessita di un'approfondita riflessione sull'istituzione di **Fondi di scopo**.*

10. Una “messa a terra” consapevole

Il ridisegno di una nuova rete di aiuti dovrà essere attentamente accompagnato, monitorato e valutato. **Una valutazione continuativa dei servizi domiciliari, centrata sul loro impatto sociale**, aiuterà la “messa a terra” delle proposte qui presentate. Molti dati già raccolti e prodotti da diversi soggetti dovrebbero essere più accessibili, leggibili, condivisi in modo da consentire lo sviluppo di un *know-how* e una complessiva crescita di competenze delle comunità di cura.

[1] “Una nuova assistenza a domicilio in Lombardia: 10 proposte” è un documento nato nell’ambito del progetto “[Time to Care](#)”, elaborato nel novembre 2020 coordinato da Sergio Pasquinelli, presidente dell’[Associazione per la Ricerca Sociale](#) di Milano. Per una lettura completa si rimanda [all’allegato](#).

Allegati

- [Nuova assistenza a domicilio - 10 proposte](#)

Quale futuro per l'assistenza della popolazione anziana?

Prima parte del dibattito

a cura di Marco Noli

8 Marzo 2021

Temi > Anziani, Domiciliarità, LEA, presa in carico, RSA

L'articolo ragiona sulle "Linee d'indirizzo generali per la riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria dedicata alla popolazione anziana" emanate dalla Commissione nazionale istituita dal Ministero della salute e presieduta da Mons. Paglia, e sul contributo fornito dalle Associazioni di settore.

Assistenza agli anziani: l'apertura di un dibattito

Nei primi mesi dell'anno, mentre la pandemia da Covid-19 non accenna a mitigarsi, a fianco delle riflessioni dominate dall'emergenza si è aperto un dibattito sul futuro dell'assistenza agli anziani. Il riflettore rimane puntato inevitabilmente sulle residenze, evidenziando la drammaticità delle morti avvenute, mentre poco si parla del grande sforzo di dedizione che le direzioni e gli operatori hanno profuso e ancora stanno approfondendo per tutelare il bene – essere e la dignità dei "vecchi".

In questo filone si collocano le "Linee di indirizzo generali per la riforma dell'assistenza sanitaria e socio sanitaria dedicata alla popolazione anziana" elaborate dalla Commissione nazionale voluta dal Ministro Speranza e presieduta da Mons. Vincenzo Paglia ([allegato 1](#)): ad esse sono seguiti i contributi dei gestori AGE SPI, ANASTE, ANSIDIPP, ARIS e UNEBA riassunti nel documento "Contributo alle Linee di indirizzo per la riforma dell'assistenza Sanitaria e Sociosanitaria della popolazione anziana" ([allegato 2](#)).

Oltre a queste proposte, in questi ultimi due mesi ne sono state presentate altre:

- la Pontificia Accademia per la Vita in data 9 febbraio 2021 ha pubblicato il documento “La vecchiaia: il nostro futuro – La condizione degli anziani dopo la pandemia”;
- l’Università Bocconi il 17 febbraio 2021 ha presentato il 3° Rapporto dell’Osservatorio LTC dal titolo [“Le prospettive per il settore socio-sanitario oltre la pandemia”](#);
- il Network Non Autosufficienza in data 27 gennaio 2021 e a seguire in data 6 marzo 2021, in una versione rivista e più approfondita, ha presentato la Proposta Aperta per il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza dal titolo [“Costruire il futuro dell’assistenza agli anziani non autosufficienti ”\[1\]](#).

Già dai titoli si può comprendere che il dibattito è aperto e orientato a proporre indicazioni per il futuro, secondo diversi punti di vista che Lombardia sociale proverà ad esplorare con approfondimenti specifici.

Le tematiche comuni trattate nei documenti citati sono:

- la carenza e la disomogeneità dei dati del settore;
- la necessità di coordinare la filiera dei servizi e degli interventi rivolta agli anziani;
- la valorizzazione del ruolo delle famiglie, delle cure informali e formali;
- una riflessione sulla *mission* delle strutture residenziali esistenti e sullo sviluppo di altre risposte residenziali;
- le carenze quali – quantitative dell’assistenza domiciliare e le prospettive di riforma;
- la formazione degli operatori del settore;
- il riconoscimento del “valore” dell’intero settore.

Se questi sono i temi, l’analisi e la visione con cui sono trattati sono per alcuni aspetti molto diverse tra loro.

Questa riflessione si concentrerà sul documento della Commissione *“Linee di indirizzo generali per la riforma dell’assistenza sanitaria e socio sanitaria dedicata alla popolazione anziana”* e sul contributo che le Associazioni del settore hanno fornito al lavoro della Commissione. *Questo primo articolo affronterà il tema dei dati e delle residenze e le loro tipologie, mentre un secondo si soffermerà sugli aspetti della presa in carico, del continuum assistenziale e sulla lezione del Covid.*

Riorganizzazione del modello assistenziale sanitario e sociosanitario proposto dalla Commissione Nazionale

L'operato della Commissione, che risponde all'ampio mandato ricevuto dal Ministro della salute Speranza, è vincolato a una precisa visione: quella di *“formulare proposte per la riorganizzazione del modello assistenziale sanitario e sociosanitario dedicato alla popolazione anziana al fine di favorire una transizione dalla residenzialità a servizi erogati sul territorio e di ridefinire il continuum assistenziale, suggerendo servizi, modalità, strumenti innovativi e digitali...”*. Il documento elaborato vuole quindi solo dare *“un indirizzo strategico su cui edificare la nuova costruzione ed attorno al quale raccogliere il consenso di tutte le parti”*.

Se il mandato è delineato chiaramente nella sua valenza politica, nel suo significato è un po' travisante perché **non esiste un solo modello assistenziale sanitario e sociosanitario ma diversi**: ogni regione ne ha uno proprio. Questo possibile travisamento sembra attraversare tutto il documento.

Carenza di informazioni e dati

La prima criticità analizzata dalla Commissione riguarda la mancanza di dati certi, sul versante sia della domanda che dell'offerta di servizi per gli anziani. Per superarla viene proposta un'indagine in collaborazione con l'ISTAT e la creazione di un'anagrafe nazionale delle residenze.

La carenza e la disomogeneità dei dati nel settore del LTC sono temi dibattuti da anni, più volte sottolineati da LombardiaSociale.it; le ragioni sono note e richiamate nel documento delle Associazioni del settore. Anzitutto, la condizione di non autosufficienza, così come declinate nei LEA, non è censita e valutata allo stesso modo dalle Regioni. **Non esiste una definizione univoca, né strumenti di valutazione multidimensionale validati e condivisi con e tra le Regioni**: questa è una grave lacuna per il confronto dei dati. Inoltre, nonostante l'utilità delle indagini campionarie condotte periodicamente dall'ISTAT e basate sulle dichiarazioni delle persone, è fondamentale per il settore della LTC valorizzare le informazioni presenti nei diversi sistemi informativi nazionali e regionali, come evidenziano le Associazioni^[2]. Questi database, oggi scarsamente comunicanti, potrebbero essere ricomposti in un'unica piattaforma nazionale per implementare anche una più puntuale analisi dei bisogni.

Quali residenze?

L'altro aspetto del mandato della Commissione che può generare fraintendimenti riguarda la *“transizione dalla residenzialità a servizi erogati sul territorio”*, che può essere intesa nel significato di superamento della residenzialità. Sul tema occorre

considerare che non esiste un'univoca definizione delle residenze assistenziali per anziani; ogni regione ha denominato con tale termine realtà notevolmente diversificate. Si passa, come fanno notare le Associazioni, da case o comunità di accoglienza di 8 – 10 posti letto alle strutture residenziali per persone autosufficienti, persone parzialmente non autosufficienti o totalmente non autosufficienti: ovviamente le modalità organizzative e gestionali sono molto diverse. Occorre assumere, come indica anche il documento della Pontificia Accademia della vita, **che la condizione anziana non è riconducibile ad una condizione omogenea: conseguentemente, le risposte alle fragilità devono essere commisurate al reale bisogno dell'anziano**. Proprio per questo la Commissione ritiene che vadano previsti interventi di *Independent living*, *assisted living*, co-housing e di assistenza domiciliare; **essi, tuttavia, non possono essere contrapposti a quelli forniti in RSA**.

Come sottolineano le Associazioni, le RSA sono strutture sociosanitarie previste dai LEA, che erogano all'interno di specifici nuclei assistenziali, prestazioni di natura medica, infermieristica, di assistenza tutelare e riabilitativa, nonché attività di natura sociale educativa e di animazione rivolti a persone anziane non autosufficienti. Questo tipo di strutture accolgono persone molto anziane, con elevata fragilità e co-morbilità, non autosufficienti e non assistibili a domicilio. Le stesse famiglie vedono nelle RSA una risposta molto clinica, quando la permanenza a domicilio non è più possibile, come rivela la **SURVEY** effettuata dall'Osservatorio sulla LTC della Bocconi (3° Rapporto LTC – 3 capitolo).

In Italia i posti letto residenziali in proporzione al numero di anziani superiori a 65 anni si attestano a 1,9 contro l'Olanda con il 7,3, la Svizzera 6,4, la Germania 5,4, la Francia 5, l'Austria 4,6, e la Spagna 4,4. Considerando la tendenza demografica e le modificazioni della composizione delle famiglie, il sistema delle residenze italiano è fortemente sottodimensionato e sotto finanziato: occorrerà rimediare a questo gap rapidamente se si vuole garantire l'assistenza agli anziani gravemente non autosufficienti. Questo non toglie che andranno rivisitate le caratteristiche strutturali, gestionali e organizzative delle residenze per renderli sempre più in grado di rispondere ai bisogni di questi anziani.

È certo che il sistema dell'offerta dei servizi domiciliari, come rileva la Commissione, sia del tutto inadeguato ai bisogni degli anziani. Spesso non si tratta neppure di un sistema, ma di prestazioni slegate tra di loro e poco rispondenti alle necessità. Lo stesso dicasi per le risposte semiresidenziali. L'indicazione vincolante che le risposte ai bisogni degli anziani devono essere collocate in una filiera di servizi unitaria è condivisibile, **ma le RSA devono essere un elemento imprescindibile di questa filiera**. Il punto non è quello di contrapporre servizi, ma di riflettere sulla *mission* di ognuno e conseguentemente definirne modalità organizzative e gestionali adeguate.

L'anagrafe nazionale delle residenze, precedentemente richiamata, si lega all'altra proposta della Commissione che *"ottiene alla qualificazione dell'assistenza attraverso la specifica definizione di specifici requisiti di qualità dei servizi e dei percorsi di cura, e l'avvio di un sistema nazionale di accreditamento ... accompagnato da un messa a punto di un sistema di valutazione della qualità della vita"*

Questa proposta sembra non tenere conto che già esistono sistemi di autorizzazione, accreditamento e convenzionamento / contrattualizzazione, come fanno notare le Associazioni del settore, e che tali sistemi, sia pure con significative differenze, sono in capo alle regioni, come pure l'anagrafe delle strutture residenziali accreditate.

Si concorda sulla necessità di approfondire la qualità e l'appropriatezza dei servizi erogati considerato che i flussi informativi attuali sono più focalizzati su dati strutturali e gestionali (n. personale e n. utenti). Le Associazioni del settore auspicano un sistema di valutazione comparativo basato su indicatori di processo differenziati per setting assistenziale, validati dalla letteratura scientifica, nonché sull'equità, su sicurezza e appropriatezza dell'accoglienza alberghiera, delle cure, dell'assistenza erogata, sia in ambito domiciliare che residenziale. Un sistema di valutazione più puntuale e una vigilanza più stretta eviterebbero situazioni di attività abusive, segnalate nel documento della Commissione.

In un secondo articolo esamineremo gli altri temi affrontati dal documento della Commissione.

[\[1\]](#) Il documento sarà oggetto di un prossimo contributo che verrà pubblicato su LombardiaSociale.it

[\[2\]](#) I principali sistemi informativi sono: i flussi dati SIAD, la scheda FAR del NSIS e quelli del nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza, che sostituiscono le griglie LEA.

Allegati

- [Allegato 1 - Linee di indirizzo generali](#)
- [Allegato 2 - Contributo alle linee di indirizzo generali](#)

Quale futuro per l'assistenza della popolazione anziana?

Seconda parte del dibattito

di Marco Noli

23 Marzo 2021

Temi > Anziani, Emergenza COVID-19, LEA, presa in carico, RSA

L'articolo prosegue il ragionamento sulle “Linee d’indirizzo generali per la riforma dell’assistenza sanitaria e sociosanitaria dedicata alla popolazione anziana” della c.d. Commissione Paglia e sul contributo delle Associazioni di settore. L’approfondimento verte su presa in carico, continuum assistenziale e lezioni / apprendimenti dal Covid.

La presa in carico

Il cuore della riforma avanzata dalla Commissione “Linee d’indirizzo generali per la riforma dell’assistenza sanitaria e sociosanitaria dedicata alla popolazione anziana” emanata dalla Commissione nazionale istituita dal Ministero della salute e presieduta da Mons. Paglia (in merito alla quale [un primo articolo](#) ha approfondito il tema della residenzialità) è la “presa in carico” dell’anziano attraverso il cosiddetto “*continuum assistenziale*”.

La novità più rilevante della proposta è che tutti gli erogatori di servizi, sia pubblici che privati (convenzionati o meno), devono essere vincolati a offrire tale continuum secondo proporzioni rigorosamente commisurate all’epidemiologia delle disabilità, della non autosufficienza e delle fragilità”.

È condivisibile l’impostazione per cui gli erogatori debbano inserirsi in una filiera che si contraddistingue per essere – senza soluzione di continuità – in grado di garantire tutti i servizi necessari all’evolversi dei bisogni dell’anziano (domiciliarità, residenzialità e semiresidenzialità, post acuzie, riabilitazione e prevenzione all’istituzionalizzazione attraverso servizi di inclusione e monitoraggio sanitario a bassa soglia). Si può

ricordare che già in regione Lombardia si è ragionato sulle RSA come Centri di servizi: l'azione della RSA aperta è stata concepita in quest'orizzonte.

Le Associazioni del settore, però, giustamente chiedono indicazioni più precise su quando si possa considerare iniziata la presa in carico, proprio per tutte le ricadute operative e amministrative correlate. Allo stesso modo è fondamentale una chiara definizione degli indici programmatori che si intende utilizzare per ogni tipologia di offerta.

Viene accolto favorevolmente il riconoscimento di un ruolo riabilitativo delle RSA, ricordando tuttavia che le indicazioni dei LEA di riforma della riabilitazione sono ancora da completare. Le Associazioni del settore richiamano la necessità di analizzare quanto è già previsto dagli scenari normativi e di provvedere al loro necessario aggiornamento in linea, nello specifico, con l'approccio della vecchiaia, con i modelli di *long term care*, e con i principi di *Reablement*, coerenti con l'OMS e l'ICF, tanto più che questi temi sono particolarmente connessi a quelli affrontati dalla Commissione.

Vi è invece da eccepire sull'indicazione del documento della Commissione che fa riferimento a *"periodi contingentati"* di ricoveri in RSA **perché ciò confligge con il diritto alla continuità della cura**. Si evidenzia con criticità anche l'affermazione la *"dichiarata necessità di rovesciare una prospettiva consolidata di mantenimento in favore di una vera e propria azione terapeutica e intensiva che tali strutture residenziali dovrebbero svolgere"*. Quest'affermazione sembra frutto di una difficoltà a leggere l'estrema disomogeneità di tipologia delle residenze esistente nelle regioni. **Nelle RSA si svolge una vera e propria azione terapeutica, ma si assistono con dignità anche le persone affette da malattie croniche molto avanzate, che richiedono cure che fungono da barriera al peggioramento e mirano a mantenere il miglior grado di benessere possibile.** Tali cure sono possibili solo nelle residenze e – come tali – non possono essere contingentate, correndo il rischio di non garantire il diritto all'assistenza alle persone più fragili.

Classi di continuum assistenziale

Perplessità suscita la tabella *"Classi di continuum assistenziale"*, riportata nel documento della Commissione, che suddivide gli interventi secondo un gradiente temporale distinto per gli over 80 e gli over 65 con fragilità. La Commissione richiama l'orientamento *"patient centered care"* dell'OMS, che non può prescindere da una presa in carico articolata. Le Associazioni del settore fanno notare che in realtà i modelli più attuali sono *"person – orientend"*: di conseguenza, la scelta del servizio verso cui indirizzare l'anziano e il disabile è legata al progetto di vita, a partire dalle capacità residue, dai bisogni, dalle relazioni dal contesto familiare e dalle condizioni economiche. Le Associazioni del settore propongono un diverso continuum di

interventi/servizi esistenti attivabili, non divisi secondo l'età ma sulla base dei reali bisogni degli anziani, **incrociando vulnerabilità e fragilità, che possono manifestarsi in modo diverso a tutte le età.**

La proposta della Commissione di implementare la teleassistenza e la telemedicina è sicuramente condivisibile. È vero che al proposito ci sono ritardi, ma diverse regioni sono già impegnate nell'attuazione di quanto previsto nel [documento “Telemedicina – linee d’indirizzo nazionali”](#) approvato dalla Conferenza delle regioni nel febbraio 2014”, impegno richiamato nel [Piano nazionale cronicità](#) del settembre 2016.

Altrettanto condivisibile è l'indicazione sulla necessità di formare gli assistenti familiari, definiti “pilastri fondamentali e peculiari del nostro sistema”, e gli OSS. Questo è un tema noto, spesso disatteso, che necessita di essere declinato in tutte le sue varianti a partire dal riconoscimento e sostegno agli stessi caregiver familiari. Le esperienze di formazione degli assistenti familiari hanno evidenziato la stretta correlazione con la grande evasione fiscale del lavoro domestico, che di fatto influenza questo segmento assistenziale e penalizza i lavoratori che si formano. La stessa formazione degli operatori dell'assistenza (ASA/OSS), fortemente auspicabile, pone il tema del riconoscimento economico e del “valore” di tutto il settore. I recenti “esodi” del personale infermieristico verso gli ospedali, che hanno messo in grave crisi molte strutture, dà la dimensione dello scarso valore culturale e sociale attribuito all'intero settore socioassistenziale, spesso considerato impropriamente un sistema di serie B. La sua valorizzazione passa anche attraverso la questione delle risorse, del loro uso e del loro potenziamento mirato, che la Commissione tuttavia non affronta.

La lezione del Covid

Il documento dedica l'ultimo punto alla lezione che è possibile ricavare dal Covid e alle proposte concrete per fronteggiare quest'emergenza. In tale contesto viene affermato che il 50% dei decessi è avvenuto nelle residenze LTC. In realtà è necessario precisare che:

l'unica survey sul contagio Covid 19 nelle strutture residenziali in Italia [è quella dell'Istituto Superiore di sanità](#), datata 5 maggio 2020. Non esistono altri studi o rilevazioni per capire cosa è successo realmente in Italia; ciò conferma l'iniziale scarsità di dati e analisi, cosa particolarmente grave considerato quanto è successo a seguito della pandemia;

pur con le limitazioni sopraindicate, la citata survey colloca il tasso di mortalità nelle strutture tra il 25,5 – 31,7% del totale dei morti per Covid in Italia. Questo **è sempre un dato drammatico, ma significativamente al di sotto del 50% riportato nel documento della Commissione;**

altre rilevazioni (ISTAT, Osservatorio sulle RSA della Liuc e lo stesso 3° Rapporto osservatorio LTC) hanno mostrato come in tutti *i setting* (ospedali, casa, RSA) si siano avuti eccessi drammatici di mortalità. Quelli più alti, però, non si sono registrati nelle RSA ma a domicilio, dove spesso l'anziano e le famiglie sono stati lasciati soli.

Conclusioni

In conclusione, va riconosciuto alla Commissione il merito di aver aperto a livello istituzionale un dibattito prima assente. Nell'insieme, il documento redatto offre delle analisi e delle possibili soluzioni, alcune della quali risentono della difficoltà di conoscere la realtà del complesso e diversificato sistema regionale di assistenza degli anziani in Italia. L'intenzione della Commissione di rendere sistematico e continuativo il confronto con gli stakeholder e i vari attori dell'assistenza agli anziani potrà completare e arricchire l'analisi condotta. È auspicabile che si tratti di un confronto a più voci, che raccolga tutto gli studi elaborati in questi anni in numerosi sedi, che ascolti i gestori, gli anziani e le famiglie, nella consapevolezza che quello della vecchiaia è un tema che ci riguarda tutti perché – come richiama il titolo del già citato documento della Pontifica Accademia per la vita – *la vecchiaia è il nostro futuro*.

Il PNRR. La proposta di NNA per i non autosufficienti

Un contributo di Gianbattista Guerrini, Fondazione Brescia Solidale – SIGG Lombardia

a cura di Rosemarie Tidoli

23 Aprile 2021

Temi > Anziani, Domiciliarità, Non autosufficienza, presa in carico, RSA, Terzo settore, welfare nazionale

L'articolo illustra la proposta elaborata dal Network Non Autosufficienza (NNA) in merito all'inserimento nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) di una sezione dedicata agli anziani non autosufficienti, attualmente mancante.

Anche se nel 2020 la pandemia tuttora in atto ha determinato in Italia, per la prima volta da decenni, una riduzione della speranza di vita, tutte le previsioni demografiche ci pongono di fronte al progressivo invecchiamento della popolazione italiana e all'aumento percentualmente più significativo dei soggetti appartenenti alle fasce di età più avanzate.

Proprio tra questi ultimi, gli ultraottantenni, aumenta oggi e continuerà probabilmente ad aumentare nel prossimo futuro il peso della disabilità e della dipendenza, portando con forza alla luce la questione del ritardo accumulato dal nostro Paese nell'assistenza agli anziani non autosufficienti.

Se infatti numerosi Paesi europei (Austria, Germania, Francia, Spagna, ...) hanno da tempo affrontato il problema, potenziando i servizi – domiciliari e residenziali – rivolti a questa fascia di popolazione e prevedendo percorsi di finanziamento dedicati (fondi per la non autosufficienza, assicurazioni, ...), in Italia alle analisi ed alle proposte offerte dal dibattito – che fin dagli anni '90 ha coinvolto operatori e ricercatori di area demografica, epidemiologica, sociologica e medica non hanno fatto seguito scelte politiche capaci di rispondere al problema. E mentre il pur tardivo e modesto

finanziamento di un fondo nazionale per la non autosufficienza, operato dal governo Prodi nel 2006, veniva cancellato dal successivo governo Berlusconi, la costante riduzione negli anni delle risorse finanziarie destinate alla Sanità e ai Comuni ha comportato nei fatti una contrazione, anziché il necessario aumento, degli interventi domiciliari e residenziali per gli anziani non autosufficienti.

Una possibilità concreta di riprendere questa tematica e di avviare finalmente un progetto capace di rispondere alle esigenze degli anziani viene offerta oggi dal [Piano Nazionale di Ripresa a Resilienza](#) (PNRR), che l'Italia si prepara a inviare a Bruxelles al fine di accedere ai fondi stanziati dall'Unione Europea per superare l'impatto economico della pandemia. Ne è convinto il Network Non Autosufficienza^[1], che con il documento [“Costruire il futuro dell’assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Una Proposta Aperta per il Piano Nazionale di Ripresa a Resilienza”](#) chiede l'introduzione nel PNRR *“di una sezione dedicata all’assistenza agli anziani non autosufficienti”*. Il PNRR infatti, grazie alle risorse economiche che mette a disposizione e all'esplicito vincolo a collegarne l'impiego a un forte impianto riformatore, offre l'occasione per *“avviare quel processo di riforma del settore atteso dalla fine degli anni '90, che la pericolosa combinazione tra le criticità esistenti e l'invecchiamento della popolazione suggerisce di non rimandare oltre”*.

Gli estensori della proposta non si nascondono che *“il robusto incremento della spesa pubblica corrente destinata ai servizi ... per gli anziani”* non può essere perseguito attraverso il PNRR: ma sono convinti che proprio la valenza riformatrice del Next Generation EU e gli investimenti a tantum a disposizione possano favorire l'avvio concreto di un progetto complessivo di riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti.

Dalle criticità ...

La proposta di NNA parte dall'analisi delle criticità del sistema di assistenza agli anziani non autosufficienti, riconducibili, sinteticamente, a tre questioni di fondo.

In primo luogo **la frammentazione delle risposte**, in capo a comparti istituzionali diversi (ASL e Regioni per gli interventi sanitari e socio-sanitari, i Comuni per gli interventi sociali e socio-assistenziali e lo Stato per l'indennità di accompagnamento), spesso rispondenti a logiche, obiettivi e criteri di accesso diversi, che ne rendono difficile la ricomposizione in un progetto di presa in carico unitario e condiviso.

Alla frammentazione delle risposte si aggiunge **“l'inadeguatezza dei modelli di intervento”**: la scarsa capacità degli interventi erogati di riconoscere la specificità della non autosufficienza, di ispirarsi al necessario *“care multidimensionale”*, a *“uno sguardo complessivo sulla condizione dell’anziano, sui suoi molteplici fattori di fragilità, sul suo*

contesto di vita e di relazione” e di cogliere in particolare le nuove domande (nonché il mutare stesso del modello di non autosufficienza) conseguenti alla demenza.

Ovviamente una reale riforma del settore non può prescindere da un deciso incremento degli stanziamenti pubblici: proprio il **ridotto finanziamento dei servizi** rappresenta la terza criticità, che ci colloca agli ultimi posti nel panorama europeo sia per i servizi domiciliari che per le strutture residenziali e che è destinata a peggiorare nei prossimi anni, dato il ben noto trend di aumento degli ultraottantenni nella popolazione italiana.

... alle linee di intervento

Per superare queste criticità gli autori propongono un progetto complessivo di riforma, articolato in cinque linee di intervento tra di loro fortemente coerenti.

Può sembrare singolare che come prima linea di intervento il NNA assuma, con il **“Sistema di governance della conoscenza”**, l’obiettivo di *“raccolgere, elaborare e diffondere un insieme di conoscenze – coerente e metodologicamente rigoroso – in materia di assistenza agli anziani non autosufficienti”*. In realtà non è sufficiente incrementare le risorse nel settore se, al tempo stesso, non si mette a disposizione di tutti gli attori – sia istituzionali che professionali il patrimonio di informazioni e di dati prodotti dai diversi sistemi informativi e se non vengono conosciute e valorizzate le *“eterogenee esperienze locali di welfare esistenti nel Paese”*. Alla costruzione di *“un sistema di sapere dedicato”* punta la proposta di *“un programma nazionale di formazione per gli operatori coinvolti”*.

Al sistema di governance della conoscenza si deve accompagnare un **“Sistema di governance istituzionale”** che a ogni livello di governo nazionale, regionale e territoriale veda il coinvolgimento dei *“rappresentanti dei diversi soggetti pubblici con responsabilità nelle politiche realizzate”* in una *“rete per l’assistenza alle persone non autosufficienti”* aperta al periodico confronto con *“le parti sociali e gli organismi rappresentativi del terzo settore”*.

La terza linea di intervento, l’**“Accesso unico alla rete degli interventi”** persegue al tempo stesso l’obiettivo di superare la frammentazione degli interventi e di promuovere tra tutti gli operatori del sistema una modalità di approccio condivisa alla non autosufficienza. Si tratta di *“ricomporre unitariamente l’attuale frammentazione tra enti, sedi e percorsi differenti”*, ampliando le funzioni dei Punti unici di accesso già presenti in buona parte del Paese, perché forniscano agli anziani non autosufficienti ed alle loro famiglie le informazioni su *tutte* le prestazioni disponibili, una prima valutazione dei loro bisogni, l’orientamento e l’accompagnamento nella rete dei servizi. Si propone anche la semplificazione e la *“convergenza”* di tutti i *“processi di valutazione della non autosufficienza per l’accesso alle misure pubbliche”* (per

accedere ai servizi del welfare locale, per ottenere l'indennità di accompagnamento o la certificazione di handicap, ...).

Le ultime due linee di intervento riguardano il potenziamento delle risposte domiciliari e residenziali agli anziani non autosufficienti.

L'investimento in una complessiva **“Riforma dei servizi domiciliari”** cui dovrebbero essere destinati 5 dei 7 miliardi di spesa prevista nei 5 anni di valenza del piano punta a colmare il divario tra il nostro Paese e le altre nazioni europee aumentando il tasso di copertura dei servizi domiciliari (dall'attuale 3.7% al 6% degli ultra65enni nel 2026), ma anche l'intensità della presa in carico (il numero di interventi erogati) e la sua durata nel tempo. Essenziale è l'assunzione, da parte di tutti gli attori istituzionali e di tutti gli operatori del sistema, del paradigma del care multidimensionale, l'unico che consente di *“unificare le risposte”* e di *“ampliare la gamma degli interventi”* ricomponendoli *“all'interno di un sistema di cure domiciliari organico”*, grazie alla definizione di un progetto personalizzato integrato e all'individuazione di un responsabile del caso. Facendosi carico anche dei caregiver e delle assistenti familiari con interventi di sostegno, formazione, monitoraggio.

La **“Riqualificazione delle strutture residenziali”** infine si propone di finanziare attraverso bandi regionali strutture che presentino progetti di ammodernamento capaci di migliorare la qualità di vita degli anziani residenti e l'efficacia dell'intervento assistenziale: garantendo, ad esempio, a ogni anziano uno spazio di vita personale (camere singole), favorendo le relazioni con i familiari (spazi dedicati e sistemi di comunicazione), utilizzando la tecnologia disponibile per conciliare sicurezza e libertà di movimento, per migliorare la comunicazione interna e per ampliare le possibilità diagnostiche e terapeutiche (telemedicina), ampliando le relazioni con il territorio.

Il documento di NNA articola le linee di intervento proposte precisando per ognuna le azioni da intraprendere, le competenze dei diversi livelli istituzionali, il cronoprogramma e i costi. Viene sottolineata la necessaria flessibilità che deve accompagnarne la realizzazione, ovvero che nel disegnare gli specifici interventi si ponga grande cura nel *“non chiedere inutili cambiamenti a quelle realtà territoriali che già realizzino (in tutto o in parte) le indicazioni previste”*. Perché *“solo valorizzando quanto di buono già viene fatto (poco o tanto che sia) è possibile attuare politiche di sviluppo del welfare locale che abbiano successo”*.

Si tratta di una proposta che, nel rispondere alle richieste della Commissione Europea e nell'assumere come focus la condizione di anziano non autosufficiente e l'assistenza continuativa (*long term care*) come insieme di interventi pubblici per affrontare tale condizione, fa riferimento oltre che alle più significative esperienze internazionali a *“un nucleo di azioni ampiamente condivise”* nel nostro Paese, non solo dagli addetti ai lavori ma anche *“nelle politica, nella pratica e nella ricerca”*.

Gli autori evidenziano come l' avvio della tanto attesa riforma nazionale dell'assistenza agli anziani non autosufficienti richieda *“un confronto ampio con soggetti sociali, enti locali ed altri attori interessati”* così da *“valorizzare il patrimonio di esperienze e di competenze esistenti”*.

E' quanto auspichiamo da chi dovrà stendere il PNRR e presidiarne l'attuazione. Nel frattempo, è diventata ormai prossima la data di scadenza per la presentazione del PNRR. Credo dunque che sia necessario e urgente che tutti coloro che hanno a cuore la realtà degli anziani non autosufficienti e tutte le organizzazioni e le realtà associative che rappresentano i diversi attori – anziani, familiari, operatori dei servizi, volontari, ecc. – facciano sentire la propria voce, raccogliendo l'invito di NNA ad aderire alla proposta[2]. Ben venga l'attivazione di tutte le iniziative possibili perché il Governo introduca nel PNRR un progetto per la non autosufficienza e dia finalmente l'avvio a una riforma tanto necessaria quanto attesa.

Questo perché, come scrivono gli autori della proposta, **“sarebbe paradossale che un Piano nato per rispondere alla tragedia della pandemia dimenticasse proprio coloro i quali ne sono stati le principali vittime, cioè gli anziani non autosufficienti”**.

[1] Il Network Non Autosufficienza è nato nel 2009 su iniziativa di un gruppo di studiosi e dirigenti di servizi di diversa professionalità per stimolare la riflessione sui servizi e le politiche per gli anziani non autosufficienti. Dal 2009 pubblica un Rapporto sull'Assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, giunto alla settima edizione ([scaricabile gratuitamente dal sito dell'editore Maggioli](#)) e la rivista *“I luoghi della cura”* (www.luoghicura.it)

[2] Le adesioni possono essere indirizzate a redazione@luoghicura.it, segnalando il nome dell'organizzazione, il nome e l'indirizzo e-mail di una persona di riferimento e se possibile il logo in formato jpg o png.

Il PNRR spinge la riforma per la non autosufficienza

Un contributo di Gianbattista Guerrini, Fondazione Brescia Solidale – SIGG Lombardia

a cura di Rosemarie Tidoli

25 Maggio 2021

Temi > Anziani, Domiciliarità, Fondo Non Autosufficienza, presa in carico, RSA, Terzo settore, welfare nazionale

L'Autore illustra i punti salienti della riforma in materia di assistenza ai non autosufficienti prevista dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Una riforma attesa da 30 anni

Quasi si stenta a crederci, dopo oltre 30 anni di proposte e di dibattiti: il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), presentato alla fine di aprile dal Governo italiano alla Commissione europea, impegna il Parlamento a varare entro la scadenza naturale della legislatura (primavera 2023) una riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti finalizzata alla formale individuazione di livelli essenziali delle prestazioni per gli anziani non autosufficienti. Il Piano ne delinea i contenuti e i principi fondamentali, in linea con quanto già da tempo auspicato dalla maggior parte degli addetti ai lavori e degli studiosi e [ben precisato dal Network Non Autosufficienza \(NNA\)](#) nel documento [“Costruire il futuro dell’assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Una Proposta Aperta per il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza”](#).

Le azioni previste dalla riforma

Il PNRR precisa, quali **principi fondamentali della riforma**, la semplificazione dell'accesso mediante **punti unici di accesso sociosanitario**, la dimensione **multidimensionale dell'approccio** sia nella fase dell'assessment che nella definizione di un **progetto individualizzato** che individui e finanzi i sostegni necessari in maniera integrata e la priorità assegnata alla permanenza dell'anziano a domicilio, nell'ottica della **deistituzionalizzazione**.

E' infatti previsto, in esplicito raccordo con gli interventi specifici inseriti nella Missione Salute dello stesso PNRR, un deciso potenziamento dei servizi sanitari di prossimità e delle prestazioni rese in assistenza domiciliare, di cui proprio gli anziani non autosufficienti sono i principali fruitori, fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni (in linea con le migliori prassi europee), oltre alle azioni finalizzate alla deistituzionalizzazione, alla riconversione delle RSA e al potenziamento dei servizi domiciliari per le dimissioni protette.

Le risorse destinate dal PNRR, pur aumentate rispetto al Piano precedente, sono purtroppo decisamente inferiori alla proposta formulata da NNA, anche se resta significativo l'obiettivo della definizione di **livelli essenziali delle prestazioni per i non autosufficienti**. E' invece di grande rilievo, tanto nel capitolo dedicato al *Sistema degli interventi a favore degli anziani non autosufficienti quanto nell'Investimento 1.1. Case della Comunità e presa in carico della persona della Missione 6 Salute*, il **richiamo all'integrazione tra sanità e sociale** (tema più volte affrontato anche da LombardiaSociale.it). Infatti è proprio la frammentazione delle competenze e la difformità delle logiche, degli obiettivi dei diversi soggetti istituzionali e dei criteri di accesso alle prestazioni, che rende oggi difficile la ricomposizione degli interventi in un progetto di presa in carico unitario e condiviso. Sarà importante che le Case della Comunità stabiliscano **la presenza obbligatoria (non facoltativa, come recita il testo) dell'assistente sociale**, per un più efficace coinvolgimento dei servizi sociali territoriali fin dal primo accesso della persona anziana e della sua famiglia al Punto Unico: la disponibilità di risorse adeguate e stabili e la collaborazione obbligatoria tra operatori sanitari e sociali, la condivisione dell'approccio multidimensionale e il governo unico degli accessi rappresentano infatti la condizione per un reale superamento dei drammatici ritardi che il nostro Paese ha accumulato in questo settore.

E le RSA?

Il PNRR non affronta invece il ruolo che le RSA possono e debbono svolgere nella presa in carico degli anziani non autosufficienti. Il richiamo alla deistituzionalizzazione e alla riconversione delle RSA sembra confermare l'impressione, [che emerge dalla lettura delle "Linee di indirizzo generali per la riforma della assistenza sanitaria e sociosanitaria dedicata alla popolazione anziana"](#) della Commissione istituita dal Ministro della Salute e dalle affermazioni alla stampa del suo presidente Monsignor Paglia, che il potenziamento dell'assistenza domiciliare possa essere attuato a spese della riduzione dei posti letto di RSA, la cui disponibilità è peraltro nettamente inferiore, in Italia, agli altri Paesi europei. E' invece innegabile **l'esigenza di un investimento economico mirato all'aumento della dotazione di posti letto e alla riqualificazione delle strutture residenziali**, come ben evidenziato dal drammatico

impatto della pandemia (e peraltro suggerito dalla proposta del NNA). Le dinamiche demografiche, l'entità e la variabilità dei bisogni degli anziani non autosufficienti **impongono la disponibilità di un'ampia rete di servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali** capace, nel suo complesso, di garantire la necessaria continuità della presa in carico. E molte esperienze nel nostro Paese hanno dimostrato quanto possa essere prezioso il contributo, alla costruzione di questa rete, di RSA in grado di diversificare il proprio intervento.

Per tirare le fila

Al di là, comunque, di alcuni limiti, il nuovo PNRR sembra delineare in modo preciso il percorso della riforma organica dell'assistenza agli anziani non autosufficienti: è vero infatti che la sua elaborazione è affidata a una legge delega che dovrà essere approvata dal Parlamento, ma i principi cui la riforma deve ispirarsi sono ben precisati dal Piano, mentre dal rispetto della scadenza temporale definita per la riforma (la primavera del 2023), che sarà attentamente sorvegliato dalla Commissione Europea, dipende l'accesso alle risorse del Recovery Fund.

Credo pertanto sia lecita la soddisfazione con cui varie organizzazioni e soggetti operanti nel sociale, oltre a studiosi e operatori, accolgono questa nuova stesura del PNRR: sostanzialmente modificato rispetto a quello elaborato dal precedente Governo, il documento recepisce in buona parte le proposte del Network Non Autosufficienza, [a testimonianza di istituzioni che ascoltano una richiesta proveniente dalla società civile.](#)

Alle molteplici realtà che hanno promosso e sostenuto tale proposta sono ora richiesti lo stesso impegno e la medesima volontà di collaborare facendo prevalere i valori comuni sulle singole esperienze "esemplari", per seguire con attenzione l'iter della riforma e la sua successiva declinazione nelle diverse realtà regionali.

Non autosufficienza, disabilità e PNRR

6 modi per non cambiare nulla

di Sergio Pasquinelli

12 Luglio 2021

Temi > Anziani, Disabilità, ADI, Indennità di accompagnamento, Non autosufficienza, RSA, welfare nazionale

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza apre una stagione delle riforme sulla non autosufficienza e per le persone con disabilità. Quanto tutto quello che viene previsto produrrà davvero cambiamento rispetto al welfare di oggi? Il contributo riflette su alcuni rischi.

Questo articolo è stato pubblicato anche su welforum.it

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) offre possibilità inedite, consistenti, rilevanti: saremo in grado di coglierle, rilanciarle, valorizzarle? In controluce, vedo sei rischi di non riuscire a farlo, di non cogliere queste opportunità. Vediamoli [\[1\]](#).

Rischio numero 1. Perdere l'occasione di riforme di sistema

Questa è la madre di tutti i rischi. Sulla non autosufficienza si prevede **un provvedimento legislativo**, a seguito di **apposita delega parlamentare**, per un sistema organico di interventi a favore degli anziani non autosufficienti. Il provvedimento sarà adottato entro la scadenza naturale della legislatura (primavera 2023) ed è finalizzato a costruire “un sistema organico di interventi” e alla formale individuazione di livelli essenziali delle prestazioni per gli anziani non autosufficienti [\[2\]](#).

Le attese e le pressioni di molti e la campagna fatta da una coalizione di attori guidata dal Network per la Non Autosufficienza hanno trovato un esito positivo, ma soprattutto l'hanno trovato più di vent'anni di aspettative non soddisfatte. [Qui Cristiano Gori](#) propone i prossimi passi che ci attendono per iniziare a mettere a terra un disegno di riforma ampio, coerente, di respiro. Nel frattempo, un [Gruppo di](#)

lavoro di esperti è stato appena costituito presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali proprio per elaborare nuove politiche per la non autosufficienza. Sulla non autosufficienza in particolare si corrono due rischi opposti. Il primo è quello di **costruire un provvedimento monumentale**, che implica decine di decreti attuativi, che impiegheranno anni per essere realizzati e messi a regime. E' la dinamica in cui è caduta la riforma del Terzo settore, non ancora giunta al termine e iniziata nel 2014, parliamo di sette anni fa, con la consultazione pubblica realizzata dal Governo nella primavera di quell'anno. Il rischio opposto è quello di **piegarsi ai regionalismi**, di rinunciare a sintesi alte con accordi al ribasso, di non mettere a tema, e per primi, nuovi livelli essenziali di assistenza. Insomma il rischio è che tutto si risolva in una serie di raccomandazioni e linee guida che lasceranno ampi margini alle Regioni per continuare a fare quello che già facevano.

Rischio numero 2. Lasciare l'Adi così com'è

Il Piano investe 4 miliardi a favore dei **servizi domiciliari**, di cui 2,72 miliardi legati ai costi derivanti dal servire un numero crescente di pazienti, 0,28 miliardi per l'istituzione delle COT (speciali centrali operative per coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza) e 1 miliardo per la telemedicina.

Sui servizi domiciliari c'è il rischio che **l'intervento si traduca in un semplice potenziamento dell'Adi delle Asl**. E' vero, il Piano afferma che "solo attraverso l'integrazione dell'assistenza sanitaria domiciliare con interventi di tipo sociale si potrà realmente raggiungere la piena autonomia e indipendenza della persona anziana/disabile presso la propria abitazione, riducendo il rischio di ricoveri inappropriati".

I servizi domiciliari di oggi, sia quelli delle Asl sia quelli dei Comuni, soffrono di gravi limiti di estensione, intensità, confini ristretti entro cui operano, carattere fortemente prestazionale. Soprattutto, non si occupano (o lo fanno del tutto marginalmente) dell'aiuto negli atti quotidiani della vita, per cui le famiglie sono lasciate a se stesse. La sensazione è che se qui non facciamo integrazione (tra Comuni e Asl) oggi non la si farà più. E per farla dobbiamo guardare alla governance di questi servizi, prima ancora delle loro funzioni e attività. Solo una governance condivisa tra Comuni e Asl nei processi decisionali, nella gestione del personale e dell'utenza, una copertura dei costi analoga a quella delle residenze (dove il Servizio sanitario nazionale ne copre la metà) potrà consentire di arrivare a una rete di servizi domiciliari più ampia, diversificata, estesa, versatile, e meno prestazionale.

Rischio numero 3. Le Case della comunità diventano poliambulatori

Due miliardi sono dedicati alla realizzazione di ben 1.288 “**Case della Comunità**”, luoghi deputati ad adempiere diverse funzioni: “coordinare” i servizi offerti, in particolare ai malati cronici, punti unici di accesso alla rete dei servizi, unità di valutazione multidisciplinare, con predominante presenza sanitaria ma dove si prevede la presenza anche di assistenti sociali per garantirne una dimensione sociosanitaria integrata.

In realtà già alcune Regioni possiedono strutture analoghe (come le Case della salute in Emilia Romagna). Si tratterà di legarle a livelli essenziali uniformi (cosa che può fare lo Stato), per poi orientarle verso funzioni condivise, che ogni regione inevitabilmente declinerà a suo modo.

Il rischio di un predominio della sanità nelle “Case della Comunità” è reale, se concepite alla stregua di poliambulatori distrettuali, con un assistente sociale “di complemento” e sostanzialmente ancillare rispetto alla predominanza di prestazioni sanitarie di vario tipo.

Le Case della Comunità devono essere “della comunità”, guardare l’insieme dei bisogni sanitari, sociali e di salute di un territorio. Per questo devono essere strutture pubbliche, garantendo imparzialità e diventando Punti unici di accesso reali, dove le persone trovano tutte le risposte che cercano, Punti in grado di ridurre le liste di attesa (punto cruciale mai citato dal Piano), luoghi della Comunità in quanto tale, dove personale sanitario, sociale, del terzo settore collaborano in una sintonia di intenti e funzioni, nel rispetto delle diverse competenze. Dove con le persone fragili viene elaborato un Piano assistenziale individualizzato (PAI) o un “Budget di salute” coerente con le risorse che il territorio offre. Quante volte sono stati elaborati piani consistenti in una sorte di libro dei sogni, avulsi dalle risorse effettivamente disponibili? La Casa della Comunità offre la possibilità di allineare bisogni e risposte, con la collaborazione essenziale dei medici di base, troppo poco nominati nel PNRR.

Rischio numero 4. Non modificare l’indennità di accompagnamento

E’ bastato che il ministro del lavoro Andrea Orlando citasse in un intervento l’indennità di accompagnamento per far scattare una levata di scudi in difesa di questa misura, un provvedimento da sempre ritenuto intoccabile^[3]. Tanto che poco dopo lo stesso ministro ha tenuto a precisare che una sua riforma non è in cantiere.

E’ vero, l’indennità di accompagnamento è un livello essenziale, universale, per gli invalidi totali, e tale deve rimanere come forma di tutela minima. Il punto è che nessuno mette in discussione questo. Il punto è che c’è un’ampia convergenza di vedute sui limiti di questo sussidio, e sulle possibilità di un suo miglioramento nella direzione non già di un aggancio con le condizioni economiche dei beneficiari, ma con

le diverse condizioni di salute e autosufficienza della platea che ne usufruisce. Una misura che avrebbe un grande potenziale per fare emergere il mercato nero delle badanti. Le proposte di revisione sono diverse ma con ampie convergenze, la più recente quella contenuta nell'ultimo rapporto NNA[\[4\]](#).

Senza un potenziamento, una valorizzazione, una riconfigurazione di questa misura, percepita da più di due milioni di anziani, nella direzione di una fruizione orientata all'uso di servizi, un intervento di sistema sulla non autosufficienza rischia di avere pochi margini di cambiamento.

Rischio numero 5. Le RSA rimangono istituzioni totali

Colpisce la cifra modesta (300 milioni) dedicata alle Case di riposo, per una riconversione verso "Gruppi di appartamenti" per un massimo di 20 posti, di cui c'è certamente bisogno ma che forse non è la priorità numero uno, non andando ad incidere su quei limiti strutturali delle residenze che questi mesi hanno fatto emergere. Lo vogliamo intendere come un primo piccolo passo.

Per le residenze c'è in primo luogo un tema di forte disparità in termini di dotazione territoriale, che va corretta. Diverse strutture si devono poi attrezzare meglio nella direzione di una intensità sanitaria maggiore, soprattutto nei confronti delle demenze, in crescita esponenziale. Occorre stabilire poi nuove regole di uso e disposizione degli spazi e anche, e guardando in prospettiva, la Rsa del futuro deve **diventare un luogo meno isolato e più aperto**, amico del territorio, capace di innescare una osmosi con i suoi abitanti, attraverso un insieme di proposte da progettare insieme alla comunità locale (terzo settore, mondo della cultura, scuole, ecc.): aiuti domiciliari, di varia tipologia e intensità, centri diurni, sostegni ai caregiver, supporti al lavoro privato di cura, quello svolto dalle badanti, proposte per l'invecchiamento attivo. Le Rsa di domani dovranno fronteggiare anziani sempre più soli, cioè senza caregiver familiare: ciò richiede un potenziamento di una dimensione anche sociale delle cure.

Rischio numero 6. Dimenticarsi degli assenti

Il Piano non nomina soggetti e strumenti importanti che fanno parte del welfare dei servizi.

Non nomina i medici di medicina generale, che occupano un ruolo nevralgico nella medicina di territorio e che invece non sembra ne siano coinvolti. Fuoriesce un approfondimento del tema da queste brevi note, ma è evidente che il loro ruolo deve modificarsi entrando di più in interazione col sistema delle cure, in particolare quello delle fragilità croniche, e con le diverse professioni d'aiuto, anche di tipo sociale. **Non nomina i caregiver** che assistono un familiare fragile (ce ne sono sette milioni, di cui 2,1 prestano un sostegno quotidiano per più di 20 ore alla settimana), e su cui c'è in

parlamento, da due anni, un disegno di legge promosso da tutte le maggiori forze politiche. In Senato giace da quasi tre anni un disegno di legge firmato dai principali partiti, che non riesce a essere calendarizzato.

Non nomina le assistenti familiari (badanti): ce ne sono un milione in Italia di cui il 60% lavora in modo irregolare, una realtà cambiata negli anni, che invecchia a sua volta, molto meno disposta di una volta a coabitare con l'anziano fragile, e questo pone certamente una grande tema di domanda di assistenza scoperta. **Non nomina il budget di salute** (o di cura), su cui pure esiste un disegno di legge (oggetto di opinioni controverse), ma che è stato avviato in diversi contesti e che alcune regioni, tra cui la Toscana, stanno introducendo in modo estensivo e strutturale nei servizi per le persone con disabilità.

Mi auguro che le riforme di sistema che dovranno essere promulgate entro questa legislatura si ricordino di questi attori e strumenti, perché il welfare di domani non riproponga quei cambiamenti per pezzi, o per stratificazioni successive, che ci hanno accompagnati fino ad oggi.

[1] Ringrazio Emanuele Ranci, Claudio Castegnaro e Maurizio Motta per utili commenti a una versione precedente. La responsabilità di quanto scritto rimane comunque solo mia.

[2] I principi fondamentali della riforma “sono quelli della semplificazione dell’accesso mediante punti unici di accesso sociosanitario, dell’individuazione di modalità di riconoscimento della non autosufficienza basate sul bisogno assistenziale, di un assessment multidimensionale, della definizione di un progetto individualizzato che individui e finanzia i sostegni necessari in maniera integrata, favorendo la permanenza a domicilio, nell’ottica della deistituzionalizzazione”. Anche sulla disabilità in età giovane e adulta si prevede una “legge quadro della disabilità” che intende “semplificare l’accesso ai servizi, i meccanismi di accertamento della disabilità, potenziare gli strumenti finalizzati alla definizione del progetto di intervento individualizzato”.

[3] Si veda l’intervento di Carlo Giacobini su “Vita”.

[4] Network Non Autosufficienza, L’assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 7° Rapporto, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, 2021, capitolo 5.

LombardiaSociale.it è un sito indipendente che si occupa di analisi e valutazione del sistema lombardo dei servizi e degli interventi sociali, sociosanitari e socio educativi, ampiamente intesi come welfare sociale. É un progetto ideato da Cristiano Gori, che lo dirige, realizzato da un'équipe di ricerca collocata presso l'Istituto per la Ricerca Sociale e finanziato e promosso dai principali soggetti che si occupano di welfare sociale in Lombardia.

Il principale obiettivo che persegue è la costruzione di uno spazio di confronto sul welfare lombardo, attraverso la pubblicazione online di materiali di analisi delle misure regionali, l'aggiornamento e la raccolta di punti di vista ed esperienze territoriali e l'organizzazione di seminari ed eventi di discussione e confronto con quanti operano nell'area del welfare sociale in Lombardia.

PROGETTO REALIZZATO DA



PROMOTORE ISTITUZIONALE



PROMOTORI PRINCIPALI



ALTRI PROMOTORI

AGeSPI Lombardia
LegaCoop
Confcooperative
AGCI

IN COLLABORAZIONE CON

