

Proposte per una sanità territoriale e principi base per accreditamento regionale RSA



***Per tenere qualcosa, devi averne cura – per averne cura devi capire di che tipo di cura ha bisogno.
(Dorothy Parker)***

La sanità territoriale : le proposte della Cisl Basilicata

È essenziale un forte impegno da parte di tutti per riavviare una riorganizzazione del sistema in un contesto di “effettivo” equilibrio tra la rete ospedaliera e quella dei servizi territoriali, anche per recuperare i ritardi di questi decenni che hanno visto la “supremazia della acuzie” relegando in secondo piano tutto il resto, ovvero gran parte della prevenzione, dell’assistenza distrettuale, dell’integrazione socio sanitaria.

Al Paese serve un Ssn adeguato per tutelare la salute delle persone nei luoghi nei quali esse vivono, partendo dalla prevenzione, passando per le cure primarie e arrivando – ove necessario – anche all’ospedale.

È noto, che la diffusione e la gravità della pandemia è stata meno drammatica laddove i servizi territoriali, hanno saputo organizzarsi per intervenire, tempestivamente e capillarmente fino al livello domiciliare.

In particolare, l’emergenza Covid ha evidenziato che l’eccellenza ospedaliera è tale solo se affiancata da un’eccellente assistenza territoriale, che deve intervenire prima del ricovero in ospedale.

Con ciò, non intendiamo mettere in discussione l’importante ruolo dell’alta specialità nosocomiale, ma solo ribadire che il criterio di “eccellenza” deve interessare tutti i settori assistenziali, a partire dalla cura alle persone in condizioni di maggiore “fragilità”: salute mentale, pazienti cronici, anziani e non autosufficienti, che hanno pagato un tributo spaventoso sull’altare della pandemia.

In tal senso è necessario “rivoluzionare” il Ssn, passando dall’attuale sistema, oggi focalizzato sulla patologia, ad un sistema centrato sulla salute, in un contesto di prevenzione e promozione della stessa.

Si rende, pertanto, non più procrastinabile mettere in campo un ammontare di risorse, finanziarie e di personale, per riorganizzare e potenziare il sistema di prevenzione e la rete dei servizi socio-sanitari territoriali per assicurare un equilibrio e una continuità tra assistenza ospedaliera e territorio e per l’integrazione tra interventi sociali e sanitari.

Le nostre riflessioni trovano stimolo, inoltre, nell’osservazione di alcuni problemi che sono apparsi chiari nei mesi di pandemia e che richiamano l’esigenza di ipotizzare alcune scelte strategiche in merito agli stessi:

- la difficoltà di coordinamento fra l’Amministrazione sanitaria nazionale e le Regioni. anche a causa di una modifica del titolo V della Costituzione che prevede in materia una legislazione concorrente, che è stata responsabile di ritardi ed inefficienze, aggravata dalla corrispondente competenza esclusiva delle Regioni in materia sociale;
- il disallineamento della sanità rispetto all’evoluzione sociale e demografica del Paese;
- l’essersi riscoperti un Paese povero nella produzione industriale elettromedicale e di attrezzature protettive di consumo, che ha investito meno del dovuto in ricerca e innovazione.

Tale riorganizzazione dovrà essere focalizzata sul "Distretto socio-sanitario", in grado da organizzare i servizi in funzione delle persone e della Comunità e di rispondere ai bisogni socio-sanitari del livello locale.

È pertanto il Distretto, inteso come "struttura forte", il baricentro e il motore per l'assistenza territoriale, e da cui devono dipendere strutture e professionisti.

Il potenziamento delle reti socio-sanitarie territoriali deve prevedere l'adeguamento delle risorse di personale nel sociale e nel sanitario, integrate e coordinate dal Distretto stesso.

Il territorio, inoltre dovrà essere dotato di una serie di strutture pubbliche: Case della Salute, strutture intermedie, presidi a degenza temporanea-Ospedali di Comunità, Consultori, Centri di Salute Mentale, Servizi per le Dipendenze, Poliambulatori, Centri neuropsichiatria infantile, hospice, ecc. vicine ai cittadini, dotate dei servizi necessari per rispondere alle esigenze di salute.

Nell'ambito della riorganizzazione della rete dei servizi territoriali, una particolare attenzione va rivolta al potenziamento dei Servizi ad alta integrazione sociosanitaria per: Anziani - Non Autosufficienza, Salute Mentale, Dipendenze, Consultori familiari, Carceri, ecc.

In questo contesto è indispensabile approvare una Legge quadro nazionale per la Non Autosufficienza, che individui i Livelli Essenziali delle prestazioni, pienamente integrati con i Lea sanitari ed adeguatamente finanziati, da garantire uniformemente in tutto il territorio nazionale.

Va promossa, inoltre, la vita indipendente, attraverso l'assistenza alle persone non autosufficienti e con disabilità, prioritariamente nel proprio contesto di vita, anche con l'assistenza socio-sanitaria domiciliare e semi-residenziale, superando l'attuale opacità dei sistemi di regolazione dell'integrazione nonché le grandissime lacune dell'assistenza domiciliare entro un sistema di welfare che continua ad essere nel Paese a forte "trazione" familiare.

Nell'insieme dell'assistenza territoriale riteniamo importante, inoltre, che vengano definiti gli standard e i requisiti qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi per l'assistenza territoriale, e per le strutture residenziali e semi residenziali che operano nell'area della integrazione socio sanitaria.

In questo senso condividiamo la norma inserita nella legge di bilancio 2021, che prevede l'estensione della disciplina autorizzatoria per l'accreditamento, definita dal D.Lgs. n. 502/92 per le strutture sanitarie e sociosanitarie, anche alle attività di cure domiciliari.

Non possiamo non sottolineare che a tutt'oggi la Basilicata non si è dotata del piano di assistenza territoriale previsto dall'art 1 della l. 77/2020 (di conversione del DL Cura Italia) che dovrebbe prevedere specifiche misure volte all'integrazione di questi Dipartimenti con i medici di medicina generale e le stesse Usco nonché l'individuazione delle strutture nelle quali operare l'isolamento delle persone contagiate da Sars - covid.

Se dopo la fine della crisi pandemica non ci sarà maggiore attenzione alla sanità, il dramma che stiamo attraversando in questo periodo non ci avrà insegnato a sufficienza quali sono le priorità a cui dobbiamo guardare e su quali punti pretendere prioritariamente risposte adeguate nella consapevolezza che già ora ed anche più nei prossimi mesi si porrà un problema drammatico di indebolimento socio-economico del tessuto italiano.

Situazione RSA in Basilicata

La Residenza Sanitaria Assistenziale è una struttura sanitaria, residenziale, territoriale ed extraospedaliera, è dedicata ad adulti non autosufficienti e ad anziani non assistibili a domicilio, affetti da patologie cronico degenerative che necessitano di trattamenti sanitari a bassa complessità, le cui limitazioni fisico o psichiche non consentono di condurre una vita autonoma, e al contempo non necessitano di ricovero in struttura ospedaliera.

Le Residenze Rsa presenti in Azienda Sanitaria della Provincia di Potenza sono di tipo R2 e R3: al suo interno opera un'equipe composta da Medici, Infermieri, Oss, Terapisti della riabilitazione, Ausiliari. Si rivolgono a pazienti che hanno superato la fase acuta della malattia e che necessitano di ulteriori trattamenti terapeutici protratti nel tempo;

Anziani affetti da patologie cronico degenerative e che non necessitano del ricovero in ospedale;

Soggetti affetti da handicap di natura psichica, fisica e sensoriale in condizione di non autosufficienza;

Pazienti dimessi da ospedali e privi di rete sociale.

Le RSA pubbliche in Basilicata sono solo due R2 – R3 Maratea ed R3 – Chiaromonte, per il resto ci sono 48 case di riposo di cui 36 di natura privata gestite da associazioni profit e no profit e 12 di natura pubblica ossia gestite dai servizi comunali.

L'accreditamento delle strutture residenziali: principi guida per un accreditamento regionale

Per poter operare nel campo socio-assistenziale, le strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale a gestione pubblica o privata devono essere autorizzate dai Comuni ai sensi dell'art. 11 della legge 328/2000 di riforma dell'assistenza.

Lo stesso art. 11 prevede anche l'accreditamento, quale provvedimento *sine qua non* per la corresponsione da parte dei Comuni singoli o associati delle «tariffe per le prestazioni erogate nell'ambito della programmazione regionale e locale».

Inoltre, è stabilito (art. 11, comma 4 della legge 328/2000) che le Regioni, nell'ambito degli indirizzi definiti dal Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali, «disciplinano le modalità per il rilascio da parte dei Comuni (...) delle autorizzazioni alle erogazioni di servizi sperimentali e innovativi, per un periodo massimo di tre anni» anche in deroga ai requisiti minimi nazionali.

Infine, spetta alle Regioni definire «gli strumenti per la verifica dei risultati» conseguiti dai sopra menzionati servizi sperimentali e innovativi.

Autorizzazione

L'autorizzazione è necessaria per attivare i servizi (funzionamento).

È rilasciata dal Comune in cui ha sede il servizio, in seguito a istruttoria di una Commissione, nominata dal direttore generale dell'Azienda Usl e composta da esperti di ambito tecnico, sociale e sanitario.

L'autorizzazione al funzionamento, per le strutture socio-sanitarie, è un pre-requisito per l'accreditamento.

Accreditamento

L'accreditamento ha lo scopo di garantire qualità dell'assistenza e dei servizi: riguarda strutture, tecnologie, professionisti.

Il sistema di accreditamento richiede precise garanzie sulla continuità assistenziale, sulla qualità, sulla gestione unitaria dei servizi.

La finalità è assicurare un elevato standard qualitativo dei servizi e delle strutture e regolare i rapporti tra committenti pubblici e soggetti che erogano i servizi.

E' la programmazione locale (Comuni, Unioni dei comuni e Aziende sanitarie) che identifica il fabbisogno di servizi da accreditare. L'atto di accreditamento è rilasciato da un soggetto istituzionale quale Comune o unione di comuni, competenti per ambito distrettuale.

Tale soggetto provvede, dopo le opportune verifiche sui requisiti (a cura di apposito organismo tecnico provinciale) e con il supporto degli Uffici di piano (uffici integrati tra Aziende Usl e Comuni), al rilascio dell'accreditamento ai servizi che operano nell'ambito distrettuale di competenza.

Il processo di accreditamento è coordinato, a livello regionale, dal Servizio assistenza territoriale, area integrazione socio-sanitaria e politiche per la non autosufficienza (Regione Assessorato politiche per la persona), particolare attenzione si dovrebbe riservare alla formazione dei valutatori magari in capo alle aziende sanitarie.

L'istituto dell'accreditamento «è da considerarsi uno strumento essenziale di garanzia e di tutela per la salute dei cittadini e strategico per le prospettive evolutive della qualità dei servizi alla persona e alla famiglia». L'accreditamento «è uno strumento per verificare livelli di qualità e appropriatezza del sistema di offerta e per rendere più incisiva la capacità di tutela della salute delle persone». Inoltre «è utile per garantire i destinatari dei servizi, indipendentemente da quale sia il soggetto erogatore e per rendere fattiva la partecipazione dei cittadini alla definizione e alla valutazione della qualità dei servizi». Infine «è uno strumento per dare trasparenza alle scelte dei servizi, promuovendo l'efficienza e l'efficacia delle prestazioni qualificandone la professionalità».

Per garantire un idoneo funzionamento delle strutture di accoglienza e di ricovero occorre tenere in attenta considerazione i seguenti aspetti:

1. *la collocazione territoriale delle strutture.* È evidente che le strutture dovrebbero essere inserite nel vivo del contesto sociale e situate in modo da consentire in tutta la misura del possibile i rapporti degli utenti con la comunità circostante e da essere facilmente raggiungibili non solo dai congiunti, ma anche dagli operatori. Purtroppo, ancora attualmente sono numerose le situazioni di vera e propria “deportazione” assistenziale degli assistiti. Molto spesso, invece di individuare la collocazione delle strutture rispettando le esigenze degli utenti, vengono aperti presidi assistenziali per utilizzare fabbricati situati in zone depresse, scarsamente abitate e non destinabili a funzioni più redditizie;
2. *il numero dei posti letto.* Anche la capienza massima della struttura dovrebbe essere definita tenendo conto delle necessità degli utenti; le Rsa per gli anziani malati cronici non autosufficienti, la cui capienza massima è di 120 posti letto, dovrebbero essere dimensionate esclusivamente secondo i bisogni esistenti nel territorio in cui sono situate;
3. *la qualificazione professionale e il numero del personale addetto.* Non occorrono molte parole per riaffermare l'estrema importanza della questione del personale, soprattutto qualora si tratti di strutture residenziali. Occorre ricordare che in tutti i casi in cui sono stati riscontrati abusi e maltrattamenti, sempre vi era carenza di operatori sia sotto il profilo numerico che in merito alla loro preparazione professionale;
4. *i criteri di accesso.* Questo aspetto è quasi sempre ignorato, nonostante sia determinante per gli utenti. Infatti, i criteri di accesso ai servizi sono strettamente legati ai diritti dei cittadini in difficoltà. Detti criteri – com'è facilmente comprensibile – dovrebbero essere ricavati sulla base delle vigenti disposizioni legislative. Per i criteri di accesso degli anziani colpiti da patologie invalidanti e da non autosufficienza bisognerebbe fare riferimento alle norme che non consentono l'interruzione delle cure sanitarie, per cui l'ammissione alle Rsa, salva diversa decisione da parte del soggetto malato e/o dei suoi congiunti, deve essere prevista in tutti i casi in cui non sono praticabili per qualsiasi motivo (compresa la non disponibilità dei familiari) le cure domiciliari.
5. *promuovere il diritto alla libera scelta.* L'accreditamento sarebbe necessario affinché vi sia una effettiva possibilità di scelta, vi è l'assoluta necessità che vi siano posti liberi e che agli utenti ed alle loro rappresentanze (organizzazioni di tutela e associazioni di volontariato) vengano forniti i dati occorrenti per conoscere quali sono le prestazioni fornite e le loro caratteristiche, la quantità e la qualifica professionale del personale durante i vari turni di lavoro, nonché la dimensione del *turnover*. Purtroppo, allo stato attuale delle cose, la scelta della struttura per la degenza dei propri congiunti colpiti da handicap grave o da patologie invalidanti e da non autosufficienza viene effettuata quasi sempre accettando il primo posto disponibile.