



**Patto per un
nuovo welfare
sulla non
autosufficienza**

Anziani non autosufficienti: le proposte del Patto per un Sistema Nazionale di Assistenza

21-06-2023

I SERVIZI RESIDENZIALI

RELATORE (Fabrizio, Giunco)

LO SCENARIO

I servizi residenziali italiani comprendono un **insieme eterogeneo** di strutture. A livello nazionale sono definiti solo alcuni standard strutturali di minima (dpr 14 gennaio 1997) ma scarse indicazioni rispetto a quelli assistenziali. Nel loro complesso il numero di posti letto disponibili corrisponde all'**1,9%** del totale degli ultrasessantacinquenni italiani con importanti differenze regionali. L'offerta è stabile da anni (Istat, 2019) e non segue il tasso di crescita della popolazione 65+. La dotazione media è inferiore a quella europea, come la qualità costruttiva e le basi metodologiche delle risposte garantite .

IL PROBLEMA DELLA DISOMOGENEITA'

La mancanza di definizioni e di criteri di classificazione omogenei e definiti a livello nazionale (delle strutture, delle popolazioni, delle stratificazioni per fabbisogno assistenziale) limita la confrontabilità dei dati, il giudizio di appropriatezza sull'utilizzo di questa offerta, la verifica dei suoi esiti e la programmazione delle risposte.

Gli atti programmatici nazionali e regionali non riportano dati oggettivi sulla **consistenza delle popolazioni** che si ritengono coerenti con l'offerta residenziale o sull'**intensità assistenziale** che si ritiene appropriata rispetto ai diversi livelli di fabbisogno

CASA O RESIDENZA?

Il ricorso ai servizi residenziali non contrasta con il principio che la domiciliarità, nelle sue diverse declinazioni e nella sua disposizione in rete e in filiera a supporto del benessere e della cura della persona, sia il contesto privilegiato della programmazione sociale e sanitaria.

La Rete deve fornire il supporto sociale e sanitario necessario a prevenire il ricorso inappropriato o intempestivo ai servizi residenziali.

I SERVIZI RESIDENZIALI SONO UTILI E NECESSARI

La Rete deve poter garantire **risposte residenziali appropriate** - per organizzazione, specializzazione e intensità di cura - quando l'analisi oggettiva dei bisogni ne individui la necessità, contrastando ogni logica di **abbandono terapeutico** o di **sottovalutazione** delle esigenze di cura dei più anziani .

Le proposte del Patto richiamano una visione reciprocamente **sussidiaria** dei servizi domiciliari, abitativi, semiresidenziali e residenziali. Sottolineano anche la necessità di un'effettiva **integrazione** con i servizi sanitari specialistici e di cure palliative.

SERVIZI RESIDENZIALI PER CHI?

I servizi residenziali sono rivolti ad anziani con limitazioni delle autonomie o altre complessità, ai quali non sia possibile assicurare a domicilio l'intensità degli interventi o la qualità specialistica delle risposte necessarie.

Rappresentano un'articolazione della Rete dei servizi.

Sono efficacemente integrati nella comunità territoriale e favoriscono la continuità di vita e di relazioni delle persone accolte.

UNIFORMITÀ, PROGRAMMAZIONE

I servizi residenziali devono garantire risposte appropriate a **bisogni diversificati e puntualmente individuati**. Quindi, resi riconoscibili alla programmazione nazionale e regionale.

Viene proposta l'adozione e l'eventuale aggiornamento del **modello nazionale di classificazione delle prestazioni** proposto nel 2007 dalla Commissione LEA del Ministero della Salute e i relativi codici di attività: R₁, R₂, R_{2D}, R₃.

Le strutture possono condividere nello stesso complesso nuclei abitativi diversificati per tipologie di prestazioni, governati da un'organizzazione flessibile, modulare e orientata alla persona.

QUALITÀ DELL'ABITARE, QUALITÀ DEL VIVERE

La struttura architettonica e l'organizzazione degli spazi devono garantire un ambiente privo di pericoli e di barriere, **connotato in senso abitativo** e in grado di favorire sia le relazioni amicali e familiari che il **senso di continuità** con la comunità territoriale di appartenenza.

Sembra urgente **superare i modelli costruttivi derivati da quelli ospedalieri** (camere, lunghi corridoi, centralità architettonica delle infermerie e medicherie) valorizzando piuttosto la dimensione sociale e abitativa (spazi privati, privato-sociali, privato-pubblici, spazi di servizio).

QUALITÀ DELL'ABITARE, QUALITÀ DEL VIVERE

È necessario promuovere la qualità di vita e delle relazioni, anche quando queste variabili siano condizionate da livelli elevati di complessità o gravità. Anche il modello operativo non può ricalcare la standardizzazione propria dei setting per acuti, valorizzando piuttosto la flessibilità e la personalizzazione.

L'integrazione con il volontariato e la partecipazione dei familiari e della comunità alle scelte organizzative della struttura possono essere definite come norma di esercizio, in particolare nelle residenze di maggiori dimensioni

CONTINUITÀ, FLESSIBILITÀ, INTEGRAZIONE

E' dimostrata l'utilità di integrare in un unico complesso UDO e servizi differenti, in grado di erogare filiere complete di risposte (domiciliari, abitative, semiresidenziali e residenziali a diverso livello di specializzazione), sia sociosanitarie che sociali.

Questi modelli contribuiscono alla solidità organizzativa delle comunità territoriali, sotto il governo e secondo le indicazioni dei sistemi istituzionali e dei servizi di governo del territorio (COT, Case della Comunità, UVM). Garantiscono anche sostenibilità all'offerta, distribuendo oneri organizzativi e gestionali su un insieme più ampio di servizi.

L'ACCESSO AI SERVIZI

Si tratta di un livello essenziale di assistenza (LEA, LEPS) e come tale viene richiamato come **diritto**, guidato da criteri di equità, di universalità e di appropriatezza.

L'orientamento verso questa soluzione è favorito dalla stima oggettiva dei bisogni rilevati secondo VMD e dalla definizione di un progetto personalizzato, proposto alla **libera scelta** e accettazione delle persone o di chi le rappresenta.

BREVE O LUNGO PERIODO

Il sistema deve poter garantire forme di accoglienza sia di breve che lungo periodo e di diversa intensità, in relazione alla stima dei bisogni, agli esiti attesi e agli obiettivi che il dpcm 12 gennaio 2017 assegna ai servizi residenziali agli articoli 29 (Assistenza residenziale extra-ospedaliera ad elevato impegno sanitario) e 30 (Comma 1 "Trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale"; Comma 2 "Trattamenti di lungo-assistenza, recupero e mantenimento funzionale").

PRIORITÀ

- Dotazione
- Definizioni
- Codici di prestazione
- Superare gli standard, promuovere il significato
- Favorire la personalizzazione e la localizzazione (persone, culture, luoghi, geografia)
- Costruire meglio, gestire meglio
- Governare la transizione: da un modello antico a scenari futuri