

Le RSA nel PNRR
e dopo l'inizio della tragedia Covid

Laura Valsecchi
Medicina Democratica

Milano - 9 aprile 2022

Cosa ha significato la tragedia Covid per le persone anziane malate croniche e non autosufficienti ricoverate nelle RSA?

Oltre ai decessi, alla mancanza degli operatori perché malati di Covid, alla chiusura delle RSA e quindi all'isolamento, all'abbandono e alla mancanza dell'affetto dei propri cari, all'interruzione delle prestazioni riabilitative e dei momenti di socializzazione....

per un po' di tempo, nel primo anno Covid in particolare è stato il tema dominante della stampa come se finalmente si scoprisse che esisteva un problema legato ai bisogni della popolazione anziana con patologie croniche e non autosufficiente

Mancanza di un Piano Pandemico

Nel rispondere alla pandemia, il governo italiano e le autorità regionali non sono riusciti a intraprendere misure tempestive per tutelare la vita e i diritti delle persone anziane presenti nelle strutture residenziali sociosanitarie e, di fatto, hanno adottato politiche e consentito pratiche che hanno messo a rischio la vita e la sicurezza sia degli ospiti che degli operatori sanitari.

Tali decisioni e politiche hanno prodotto o contribuito a determinare violazioni dei diritti umani degli ospiti anziani residenti, in particolare del diritto alla vita, alla salute e alla non discriminazione.

Hanno anche avuto un impatto sui diritti alla vita privata e familiare degli ospiti delle strutture ed è possibile che, in certi casi, ne abbiano violato il diritto a non essere sottoposti a trattamenti inumani e degradanti.

dal Report di Amnesty International 2020

Prima della pandemia

A livello territoriale:

- Mancanza di cure sanitarie e assistenziali
- Assenza di rete per garantire servizi sociali, sanitari, aiuti ai familiari

Risposte: MMG, ADI attraverso voucher, caregiver assunto privatamente e/o caregiver familiare

A livello ospedaliero:

- Assenza di una continuità ospedale-territorio o ospedale-degenza riabilitativa o lungodegenza
- Dimissioni selvagge dagli ospedali, la NON presa in carico
- La responsabilità della continuità di cura richiesta ai familiari

Il ricovero in RSA come unica risposta ai bisogni sociali, sanitari e assistenziali della persona in difficoltà.

Quali cure per le persone anziane in tutti questi anni?

L'Assistenza Domiciliare Integrata con poche ore settimanali, personale gestito dalle Cooperative

Le RSA: strutture private per il 25%

strutture private accreditate per il 48%

strutture pubbliche per il 26%

strutture molto diverse come organizzazione e come posti letto
(da 40/50 pl a 1000 pl)

gestite da Gruppi quali KOS, Orion, San Raffele, Sereni Orizzonti, Korian, ecc. che hanno decine di migliaia di posti letto in tutta Europa e fatturati altissimi

Operatori e lavoro in equipe nelle RSA

Il personale è sempre stato molto ridotto, da una indagine fatta è risultato:

- Il medico non sempre è presente
- Il personale infermieristico ha numeri contenuti
- Gli Operatori Socio Sanitari sono la colonna portante delle strutture
- Fisioterapisti, Logopedisti, Terapisti Occupazionali sono presenti 2-3 v alla settimana
- Educatori, Animatori, Volontari a discrezione della struttura

Quale formazione

Quale contratto di lavoro

Report di Amnesty International sul personale nelle RSA

Dopo il rapporto Abbandonati, lanciato a dicembre 2020, Amnesty International ha rivolto nuovamente la sua attenzione alle strutture residenziali per anziani (RSA), con una ricerca che analizza le condizioni di lavoro precarie e insicure di operatrici e operatori sanitari e sociosanitari impiegati in queste strutture, nonché il forte clima di intimidazione a cui sono stati sottoposti durante la pandemia. Il nuovo rapporto, *Messi a tacere e inascoltati in piena pandemia*, pubblicato il 22 ottobre 2021, documenta le violazioni della libertà di espressione e riunione sindacale ai danni di staff e sindacati nelle strutture da parte di datori di lavoro pubblici e privati.

Per condurre la sua ricerca, tra febbraio e agosto del 2021 Amnesty International ha parlato con 34 tra professioniste e professionisti nonché operatori e operatrici in servizio nelle strutture residenziali durante la pandemia da Covid-19, così come con avvocati, esperti del settore e sindacalisti. Ne è emerso un quadro di un settore ad alta presenza femminile (circa l'85% del totale) e sotto alta pressione a causa della mancanza di personale, degli stipendi bassi e delle pericolose condizioni di lavoro: il tutto, nel contesto della peggiore pandemia degli ultimi 100 anni.

Il Coordinamento Nazionale in difesa dei Diritti delle Persone Anziane non autosufficienti

Documento del Coordinamento per il Diritto alla Sanità delle Persone Anziane e non autosufficienti:

1. le cure sanitarie per le persone anziane, malate e non autosufficienti devono essere in capo al Servizio Sanitario Nazionale, come era previsto dalla L.833/78 che prevedeva e prevede cure gratuite, universali per tutta la popolazione, con il coinvolgimento e la partecipazione organizzata dei cittadini
2. la Sanità deve essere centralizzata e Nazionale, non suddivisa in 21 sistemi e tutte le Regioni devono avere gli stessi requisiti per la realizzazione dei servizi territoriali e di ricovero
3. si promuova un piano di assunzioni del personale, prevedendo le diverse figure professionali e la loro adeguata formazione

L'arrivo del PNRR..che cosa comporta per le persone anziane?

Missione 5

Questa componente **valorizza la dimensione “sociale”** delle politiche sanitarie, urbanistiche, abitative, dei servizi per l'infanzia, per gli anziani, per i soggetti più vulnerabili, così come quelle della formazione, del lavoro, del sostegno alle famiglie, della sicurezza, della multiculturalità, dell'equità tra i generi.

Specifiche linee d'intervento sono dedicate alle persone con disabilità e agli anziani, a partire dai non autosufficienti. Esse prevedono un rilevante investimento infrastrutturale, finalizzato alla prevenzione dell'istituzionalizzazione attraverso soluzioni alloggiative e dotazioni strumentali innovative che permettano di conseguire e mantenere la massima autonomia.....

...assicurano la continuità dell'assistenza, secondo un modello di presa in carico socio-sanitaria coordinato con il parallelo progetto di rafforzamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale previsto nella componente 6 Salute (in particolare il progetto Riforma dei servizi sanitari di prossimità e il progetto Investimento Casa come primo luogo di cura).

Legge Quadro sulla Disabilità nel rispetto della Convenzione ONU 2006 sui Diritti delle Persone con Disabilità

Investimento 1.1 - Missione 5

Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti

L'obiettivo dell'investimento consiste nel rafforzare e costruire infrastrutture per i servizi sociali territoriali al fine di prevenire l'istituzionalizzazione.

La linea di attività più corposa del progetto (oltre 300 milioni) è finalizzata a finanziare la riconversione delle RSA e delle case di riposo per gli anziani in gruppi di appartamenti autonomi, dotati delle attrezzature necessarie e dei servizi attualmente presenti nel contesto istituzionalizzato. Gli ambiti territoriali potranno anche proporre progetti ancora più diffusi, con la creazione di reti che servano gruppi di appartamenti, assicurando loro i servizi necessari alla permanenza in sicurezza della persona anziana sul proprio territorio, a partire dai servizi domiciliari.

Elementi di domotica, telemedicina e monitoraggio a distanza permetteranno di aumentare l'efficacia dell'intervento, affiancato da servizi di presa in carico e rafforzamento della domiciliarità.....

Nessuno chiede la riconversione delle RSA, ma la riorganizzazione in capo al Servizio Sanitario Nazionale

Sulle RSA nel PNRR non viene detto altro...

Nulla sulla necessità di rivedere i requisiti organizzativi strutturali...

Nulla sulla necessità del personale, della sua formazione...

Missione 6 -Salute

La missione si articola in due componenti:

- **Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale:** gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari
- **Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale:** le misure incluse in questa componente consentiranno il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi. Rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN anche mediante il potenziamento della formazione del personale.

Missione 6 - Salute

Case della Comunità e presa in carico della persona

Sono lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi, con all'interno il Punto Unico di Accesso.

Prevedono un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialisti, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e vi possono essere anche gli assistenti sociali.

Deve esservi una struttura informatica, un punto prelievi, della strumentazione polispecialistica.

Devono essere realizzate 1.288 Case della Comunità sul territorio nazionale, entro la metà del 2026.

Condizioni indispensabili per la realizzazione delle Case della Comunità

- una presa in carico multiprofessionale e multidisciplinare con una valutazione globale della persona, del suo ambiente, della sua famiglia, attivando personale e risorse finalizzati sia alla prevenzione di ulteriori complicanze, alla cura e alla riabilitazione, senza dimenticare gli aspetti umani e di socializzazione
- devono essere inserite nel servizio sanitario nazionale e gestite dal servizio sanitario regionale, senza prevedere appalti a Cooperative o Terzo Settore.

Missione 6 - Salute

Sviluppo delle cure intermedie

Attivazione degli Ospedali di Comunità, ovvero di strutture sanitarie territoriali a ricovero breve e destinate a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata.

Si tratta normalmente di strutture di 20 posti letto a gestione prevalentemente infermieristica. Sono previste 381 ospedale di Comunità entro il 2026.

Attivare degli Ospedali di Comunità per ricoveri brevi, per interventi di bassa intensità clinica, a gestione infermieristica è l'esatto contrario di quello di cui si ha bisogno. Non servono ricoveri di sollievo, ma ricoveri di cura e questi possono solo avvenire in strutture sanitarie adeguate, come lo erano i reparti di geriatria, dove il personale sanitario e sociale si formava per seguire tutti gli aspetti clinici e riabilitativi delle persone anziane malate e non autosufficienti e dove si avviava una presa in carico con una continuità territoriale, riabilitativa o di lungodegenza.

Missione 6 - Salute

Casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare e telemedicina

Entro il 2026 è prevista la presa in carico del 10 % della popolazione sopra ai 65 anni, con patologie croniche e non autosufficienti.

Introduzione della telemedicina, della domotica e della digitalizzazione per favorire la presa in carico, attraverso l'attivazione di protocolli di monitoraggio da remoto e con finanziamenti di progetti di telemedicina proposti dalle Regioni per attuare: tele-assistenza, tele-controllo, tele-monitoraggio, tele-refertazione con incremento del Fascicolo Sanitario Elettronico.

Devono essere attivati 602 Centri Operativi Territoriali (COT), uno in ogni distretto, per coordinare i servizi domiciliari con i servizi sanitari.

Sicuramente l'utilizzo della tecnologia per la raccolta dati, per le refertazioni, per le diverse procedure (ad es. la fornitura degli ausili) può agevolare sia la trasmissione dei certificati, delle richieste ed anche l'archiviazione clinica dei pazienti, ma non deve sostituire la cura e la presenza degli operatori professionali sia medici che infermieri e altri nello svolgimento delle loro attività a contatto con la persona e i suoi familiari.

Quello che si dovrebbe attuare per la popolazione anziana

Rivedere l'assetto dei servizi sanitari e socio-sanitari, definendo:

- l'attivazione delle Case di Comunità
- l'assunzione di personale sanitario e sociale che vada a comporre l'equipe territoriale per una completa presa in carico (MMG, infermiere, Operatore Socio Sanitario, Fisioterapista, Logopedista, Terapista Occupazionale) in integrazione con i servizi sociali (assistente sociale, educatori, ecc.).
- organizzazione di Centri Diurni e Co-housing
- i reparti sanitari per ricoveri adeguati
- i requisiti organizzativi, strutturali e di personale delle strutture di ricovero

Le RSA nel Servizio Sanitario

I desideri e gli obiettivi di ogni individuo sono quelli di essere curati a casa, ma non sempre questa situazione può avvenire per problemi di patologia, per problemi assistenziali, sociali, familiari e anche di solitudine. Non ci sono più i nuclei familiari numerosi e spesso le persone anziane sono sole.

Le RSA vanno riorganizzate e devono avere i seguenti requisiti:

- essere pubbliche e in capo al Servizio Sanitario Nazionale**
- avere dei numeri di posto letto che non superino le 100 unità
- dotarsi in modo adeguato di personale sanitario
- presenza del medico nella struttura
- formazione del personale (aggiornamento continuo e tirocinanti delle diverse professioni)
- spazi riabilitativi ed educativi
- spazi socializzanti con educatori e personale specializzato, soprattutto per le gravi demenze e per l'Alzheimer
- spazi per le Associazioni e per i Comitati dei Familiari

Comitati dei Familiari e di Partecipazione

CHIEDONO UN TAVOLO NAZIONALE per valutare:

- La riapertura delle RSA e una organizzazione di prevenzione adeguata
- La NON archiviazione delle denunce dei decessi
- Il riconoscimento e la partecipazione dei Comitati all'interno delle RSA
- La riorganizzazione dei percorsi di presa in carico e di valutazione multidimensionale
- La gratuità delle cure sanitarie