21 giugno 2021

MIGLIORARE LE PRESTAZIONI PER LE PERSONE VULNERABILI E DISABILI RSA E DOMICILIARITÀ DELLE CURE

Il tavolo ha definito come priorità, al fine di migliorare le prestazioni per le persone vulnerabili e fragili, quella di garantire una vera e propria filiera di servizi nell'area territoriale, che comprendano anche ma non solo RSA e Assistenza Domiciliare tradizionale. Questa filiera di servizi deve essere ben definita, organizzata in una rete strutturata e costruita intorno alla persona. Essa deve rispondere alle necessità di prossimità e vicinanza, e avere le capacità di essere flessibile e modulare, di graduare le risposte per poter garantire la continuità dell'assistenza rispetto alle diverse situazioni di bisogno di salute, delle diverse fasi dei bisogni e dei loro cambiamenti. La filiera di servizi deve attingere a risorse sanitarie ma anche sociali formali ed informali, per favorire il più possibile la permanenza della persona anziana nel proprio contesto di vita.

Il tavolo ha discusso i principi di fondo che devono guidare la costituzione di questa filiera:

Integrazione tra gli ambiti sociale e sanitario: al fine di migliorare la qualità delle prestazioni assistenziali e favorire la promozione della salute e la prevenzione, nella logica dell'invecchiamento attivo, al tavolo appare fondamentale utilizzare ed integrare risorse sanitarie ma anche e soprattutto sociali formali e informali. L'ambito sanitario e quello sociale dovrebbero essere complementari ed integrati e non separati;

Vocabolario condiviso e Valutazione multidimensionale standardizzata: appare fondamentale parlare un linguaggio comune che consenta di confrontare e trasferire soluzioni organizzative attraverso diverse realtà e condividere la differenza fra fragilità e cronicità, attraverso un vocabolario e degli item comuni e confrontabili. In tale contesto è pertanto importante promuovere l'adozione e l'utilizzo di uno strumento di valutazione multidimensionale omogeneo sulla persona anziana nel contesto in cui vive, in grado di identificare i bisogni, la fragilità, il rischio di istituzionalizzazione;

Condivisione dei dati sanitari e fascicolo sanitario unico: la condivisione dei dati sanitari e la creazione di un fascicolo sanitario unico sono elementi indispensabili per il funzionamento della filiera e per consentire una transizione 'informata' dell'assistito attraverso i servizi. Anche per tale ragione la creazione di un vocabolario condiviso e di strumenti valutativi standardizzati appare indispensabile al tavolo di lavoro;

Definizione del punto di entrata della filiera e dei criteri di accesso: il tavolo ritiene che debbano essere chiaramente definiti i criteri di accesso alla filiera dei servizi territoriali ed un punto che rappresenti il punto di entrata nell'assistito nella rete di servizi. Questo può essere identificato nella Centrale Operativa Territoriale (COT) che svolga il ruolo di punto di accesso nei servizi, ma anche di coordinamento dei servizi territoriali al fine di garantire la continuità dell'assistenza. In questo contesto è importante la valutazione dei bisogni dell'assistito attraverso strumenti di valutazione

multidimensionale standardizzati che rappresentino non solo uno strumento amministrativo ma anche e soprattutto uno strumento clinico assistenziale per la valutazione del bisogno;

Coinvolgimento attivo della persona e della rete familiare e sociale: il tavolo ritiene centrale nel percorso di assistenza il ruolo della persona e della sua rete sociale. A tal fine è ritenuto importante misurare e garantire nei servizi e nel percorso una partecipazione attiva delle persone e dei loro cari, attraverso comunicazione efficace, accessibilità, accountability, assicurare la qualità della vita delle persone anziane, in base alle reali aspettative, possibilità, stato di salute fisica e mentale e promuovere alleanze intergenerazionali con progetti educativi dell'età infantile e adolescenziale a favore dei nonni. Questo approccio deve avere la finalità di rispondere alla solitudine con la relazione, lavorando sempre con la cultura della solidarietà, equità, prossimità e tenerezza;

Valorizzazione e formazione dei professionisti sanitari: il tavolo ritiene importante valorizzare le diverse competenze professionali che operano all'interno della filiera e garantire una formazione continua dei professionisti che operano nei vari servizi al fine di migliorare la qualità dell'assistenza;

Monitoraggio degli esiti e della qualità delle cure: al fine di garantire cure di buona qualità il tavolo ritiene rilevante monitorare il percorso di assistenza, il lavoro in rete e gli esiti di salute, per tracciare un percorso continuo per il controllo della qualità e della sicurezza delle cure. Questo processo deve portare ad una identificazione delle debolezze della rete di assistenza e ad una periodica rivalutazione dell'organizzazione della stessa;

Valorizzazione delle risorse: Il tavolo ritiene che le risorse siano fondamentali al fine di garantire l'organizzazione della filiera e per migliorare la qualità dell'assistenza. Queste risorse possono essere ottenute attraverso la valorizzazione di progetti finalizzati al recupero delle risorse nazionali ed europee. Il PNRR prevede un investimento importante sull'assistenza domiciliare, come prioritario luogo di cura; risulta piuttosto limitato per le RSA (Missione 5), con un accento sulla integrazione con l'ambito sanitario (Missione 6), descritto attraverso progetti integrati e realizzato in schede operative, oltre ai capitoli specifici sulla domiciliarità. A questo vanno aggiunte altre risorse provenienti da altre progettualità come ad esempio il PON GOV Cronicità.

Inoltre il tavolo ha indicato due direttrici principali che devono essere considerate nella costituzione della filiera con le relative linee operative:

1. Favorire al massimo la domiciliarità. Questo principio può essere ottenuto attraverso alcune specifiche strategie, quali:

- Valorizzare gli accordi integrativi all'Accordo Collettivo Nazionale, sia con Accordi Integrativi Regionali (AIR) che Accordi integrativi aziendali (AIA), finalizzando la parte variabile degli incentivi verso obiettivi di misurazione della fragilità e della sua reale presa in carico;
- Valorizzare l'esperienza dell'Unità Speciale di Continuità Assistenziale (USCA) come modello di equipe multiprofessionale, fino ad oggi fondamentale su una patologia grave e

sconosciuta, da domani mattina su patologie complesse e note come le patologie croniche instabili e ingravescenti: un polo di servizi con una unica equipe che sia in grado di dare più risposte, attraverso una forte integrazione fra le figure territoriali (Mmg, Medici di continuità assistenziale, Infermieri di famiglia, Terapisti e Tecnici...)

- Valorizzare le competenze acquisite sul campo dagli operatori sanitari e sociali a contatto ogni giorno con pazienti complessi, instabili, in setting meno protetti di quelli ospedalieri, per sviluppare percorsi formativi in grado di catalizzare l'attenzione degli studenti laureandi e specializzandi e garantire una crescita professionale continua del capitale umano
- Valorizzare l'Assistenza domiciliare integrata sviluppando competenze specialistiche per bisogni complessi (cure palliative, nutrizione artificiale, ossigenoterapia)
- Valorizzare la telemedicina (televisite, telemonitoraggi, teleconsulti, cartella clinica digitale, accesso facilitato al Fascicolo Sanitario Elettronico -FSE) come strumento di sorveglianza attiva, al fine di
 - semplificare i percorsi specialistici domiciliari
 - accelerare i percorsi diagnostici di anziani instabili
 - facilitare le interazioni fra professionisti che hanno in cura la persona anziana
 - evitare trasferimenti per accessi in Pronto Soccorso o per visite specialistiche
 - prevenire scompensi clinici, ricoveri successivi, evoluzione verso la perdita di autonomia
 - Sviluppare iniziative nazionali e regionali sulla promozione della salute nei diversi contesti di vita (scuola, lavoro...) attraverso:
 - punto di accesso sociosanitario
 - sportelli di ambito sociale e sanitario
 - abitare inclusivo /co-housing sociale

2. **Garantire qualità e sicurezza nella residenzialità. Questo principio può essere ottenuto attraverso alcune specifiche strategie, quali:**

- Valorizzare il ruolo dell'Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) per la presa in cura dei pazienti in RSA, con la possibilità di individuare alcuni medici più presenti in una struttura e con continuità
- Valorizzare una interazione positiva fra soggetti pubblici, privati no profit e privati, suggellata dalla condivisione di vincoli, obiettivi, indicatori

- Valorizzare le interazioni fra personale sanitario del territorio e delle RSA, a cominciare dal personale infermieristico, esperienza vissuta nel periodo della pandemia che potrebbe, a breve termine, supportare le strutture in difficoltà con le risorse umane
- Valorizzare nelle RSA la socialità e il rapporto con la comunità
- Valorizzare il ruolo delle RSA nella filiera dei servizi, rendendo le residenze a tutti gli effetti un nodo della rete assistenziale, attraverso la definizione di percorsi tra RSA, ospedale e servizi territoriali
- Modificare i criteri di autorizzazione e di accreditamento delle residenze, rafforzando i criteri essenziali per la tutela sanitaria nelle RSA, tenendo conto dei bisogni di salute degli ospiti, pianificando le attività, definendo un piano di assistenza e standard minimi da garantire:
 - Presenza di un medico responsabile della struttura,
 - formazione continua,
 - assistenza infermieristica h. 24
 - valorizzazione di figure professionali diverse
- Valorizzare le RSA come strutture modulari, in grado di offrire risposte per i vari livelli di autonomia degli anziani, nella stessa sede o in sedi correlati in una rete unica e strutturata, dai moduli con alta sorveglianza professionale e tecnologica (eventualmente con diagnostica di primo livello), a forme di centri diurni a bassa intensità assistenziale come luoghi di animazione, compresi posti sollievo: questo vale anche per le zone minori e aree interne, creando RSA di piccole medie dimensioni più adeguate al contesto e integrate con le comunità di appartenenza
- Valorizzare le RSA, nelle diverse modulazioni sopra indicate, come servizio del SSN allocando adeguate risorse finalizzate al miglioramento della qualità dell'assistenza e ad attività di monitoraggio continuo.