

Al Presidente della Terza Commissione “Sanità e Politiche sociali”  
Consiglio Regionale della Toscana

### Stati generali della salute in Toscana

La pandemia ha evidenziato limiti e criticità della attuale organizzazione della sanità ospedaliera e territoriale, criticità che tra l'altro hanno costretto una parte consistente delle RSA toscane a svolgere un ruolo, del tutto improprio, di strutture di fatto sanitarie per la cura e assistenza ad anziani non autosufficienti gravi, affetti da Covid.

È pertanto essenziale ripensare il rapporto tra rete territoriale dei servizi sanitari e socio sanitari ed ospedale alla luce sia della esperienza della emergenza pandemica che delle tendenze demografiche e del progressivo invecchiamento della popolazione toscana e dell'accentuarsi di vecchie e nuove cronicità.

In relazione alle molte polemiche sulle RSA e alla contrapposizione tra assistenza domiciliare e residenzialità assistita occorre rilevare che trattasi di un falso problema: sono risposte diverse in base alle condizioni dell'anziano e a differenziati livelli di gravità e bisogni assistenziali, alla necessità o meno di continuità assistenziale nell'arco della giornata o addirittura H24, alla esistenza di caregiver familiari e badanti ecc.

- Alcune possibili indicazioni in estrema sintesi:

- 1- Incentivare la sperimentazione/realizzazione di “condomini assistiti” (già presenti anche in Italia e soprattutto Europa) per anziani e grandi anziani autosufficienti o con modeste limitazioni delle capacità di vita autonoma, con supporto di servizi comunitari (vitto, trasporti) e alla persona e sistemi di emergenza-chiamata notturna. Da ripensare radicalmente le normative regionali sugli appartamenti protetti;
- 2- Potenziamento della rete di assistenza domiciliare integrata per anziani parzialmente non autosufficienti, non autosufficienti anche gravi valutati assistibili al proprio domicilio, in presenza di rete familiare di supporto e/o badanti;
- 3- Sperimentazione anche in relazione al punto precedente di reti integrate di servizi e di presa in carico di anziani fragili (al proprio domicilio) con centro di riferimento nelle RSA. Si ricorda che queste strutture, sempre più spesso moderne e funzionali, di significative dimensioni e servizi che possono essere messi a disposizione delle comunità locali, sono presenti in tutto il territorio regionale e possono costituire una risorsa anche nel sostegno alla fragilità;

- 4- Superamento dei ricoveri impropri nelle RSA (disabili, pazienti con patologie psichiatriche, pazienti frequentemente di età decisamente inferiore ai 65 anni ecc.) che devono trovare in altra tipologia di strutture i luoghi più appropriati di cura e di vita.
- 5- Aumento delle risorse disponibili per la non autosufficienza (domiciliare e residenziale) e del numero effettivo degli assistiti/giornate di degenza in RSA su base annua, entrambe sottodimensionate rispetto ai bisogni e nel caso della residenzialità con un numero reale di quote sanitarie (meno di 10.000 dati Regione Toscana) pari all'1% della popolazione ultrasessantacinquenne, percentuale tra le più basse del centro – nord Italia.
- 6- programmare un'offerta diversificata di servizi e prestazioni nelle RSA per rispondere in modo appropriato ai diversi bisogni delle persone anziane e dei grandi anziani non autosufficienti, sempre meno di tipo sociale e sempre di più di tipo sanitario, attraverso interventi più mirati e appropriati. Per questo è necessario superare l'attuale, unico, modello di RSA, modificando con coraggio un quadro normativo troppo ancorato a modelli organizzativi in cui coesistono diverse modularità assistenziali senza vere e proprie specializzazioni. L'attuale normativa delle RSA già prevede diversi livelli di intensità assistenziale che vanno dalla BIA (bassa intensità assistenziale), ai moduli Alzheimer, alle cure intermedie, con un modesto numero di posti letto dedicati nella nostra Regione e con contenute dimensioni dei nuclei specialistici, gestiti conseguentemente in modo promiscuo dentro medesime strutture il che non consente lo sviluppo di modelli organizzativi efficaci e livelli assistenziali di eccellenza ,appropriati ai diversi bisogni delle persone anziane.
- 7- Prevedere il superamento delle attuali modalità di presenza del MMG, prevedendo un numero massimo di medici in una RSA per aumentare l'efficacia e la continuità delle cure, con la previsione anche di RSA medicalizzate (medico geriatra dedicato in Rsa ad alta intensità assistenziale/specializzazione messo a disposizione dal gestore o dalla stessa ASL).
- 8- Impegno della Regione, anche economico, per favorire l'incremento dei corsi universitari di laurea in scienza infermieristiche tenuto conto del fabbisogno reale del sistema e analogo impegno per la formazione di Oss in numero adeguato alle necessità, anche ricorrendo alla formazione tramite agenzie accreditate.
- 9- Ultimo ma non ultimo il riconoscimento dei costi effettivi di gestione, con rette che hanno registrato 1 euro di incremento in 11

anni, risorse aggiuntive che sono indispensabili per assicurare qualità assistenziale e innovazione organizzativa delle RSA.

---

IL COMITATO DI COORDINAMENTO DEI GESTORI DELLE RSA TOSCANE

---