

## Residenzialità leggera e RSA/RSD aperte: possibili opportunità e insidie da evitare

lunedì, 13 gennaio, 2014

<http://www.lombardiasociale.it/2014/01/13/residenzialita-leggera-e-rsarsd-aperte-possibili-opportunita-e-insidie-da-evitare/>



### La delibera in generale

La [delibera X/856](#) del 2013 è complementare ad altri provvedimenti già approvati o in corso di discussione, orientati a ripensare su nuove basi il sistema di welfare regionale. Ad esempio, le DGR 3239/2013 e [499/2013](#) per la sperimentazione di nuove articolazioni dei servizi della DG Famiglia; la [DGR 740/2013](#), che utilizza le risorse del Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza per persone con gravi e gravissime disabilità; la DGR [392/2013](#) per l'attivazione del case management a sostegno dei disturbi pervasivi dello sviluppo e dello spettro autistico; infine, il dibattito in corso sulla riforma del Sistema Socio-Sanitario e le sue anticipazioni contenute nella delibera sulle Regole 2014.

Le condizioni di fragilità individuate come prioritarie dalla DGR 856 riguardano gli esiti di patologie disabilitanti, come la demenza o altri disturbi di natura psicogeriatrica, le esigenze di protezione abitativa di persone fragili, la ludopatia e l'area deimaltrattamentie delle violenze subite da minori. Il modello generale è coerente con gli ultimi provvedimenti regionali. Le ASL hanno un ruolo centrale; ad esse competono la valutazione multidimensionale dei bisogni, il coinvolgimento integrato dei Comuni, la definizione e la responsabilità dei Progetti Individuali di assistenza (PI), l'erogazione dei voucher (valore, durata, obiettivi) che sosterranno i Piani di assistenza individuali (PAI) condivisi fra erogatori e famiglie e il monitoraggio e controllo degli interventi. Gli enti erogatori che desiderano partecipare a queste azioni sono chiamati a stipulare un contratto con l'ASL di ubicazione della struttura, mentre le fatture devono essere emesse verso l'ASL di residenza delle persone destinatarie degli interventi. Nel caso delle Comunità per minori, va invece definita una convezione fra ASL e Comune o ambito territoriale. Per ottenere i benefici previsti, anziani e famiglie devono rivolgersi alla propria ASL.

Le misure analizzate hanno un orizzonte temporale di sei mesi, anche se i dirigenti regionali hanno anticipato la riconferma del provvedimento. Non si tratta di una considerazione marginale, dal momento che l'incertezza al proposito può determinare resistenze degli enti erogatori – ma anche delle stesse ASL – a porre in essere i cambiamenti organizzativi o gli investimenti necessari.

## **La residenzialità leggera: chi può e a quali costi?**

La misura sulla Residenzialità leggera prevede l'erogazione di un voucher di 12 euro al giorno per l'accoglienza di anziani nei posti non a contratto delle RSA, in Case Albergo ex LR 1/86 o in alloggi protetti abilitati. Per le Abitazioni protette la norma di riferimento è quella della DGR 11497/2010, che prevede una Comunicazione preventiva di esercizio indirizzata al Comune di ubicazione e la valutazione dei requisiti previsti da parte dell'ASL. Per RSA e Case Albergo, valgono i normali requisiti autorizzativi. In questo senso, la DGR 856 introduce un nuovo riconoscimento istituzionale per gli alloggi protetti e garantisce un'integrazione economica utile a sostenere la tariffa a carico di anziani e famiglie. Aggiunge però alcuni elementi di incertezza. Gli alloggi protetti sono, per definizione, servizi di sostegno alla vita indipendente di anziani con necessità di protezione ma con buona autonomia residua. Le esperienze già attive si riferiscono ad anziani con età, al momento dell'accoglienza, compresa fra i 70 e gli 80 anni, ben inferiore a quella dei residenti nelle RSA. Queste persone esprimono soprattutto difficoltà abitative e utilizzano la nuova sistemazione per periodi lunghi, anche per molti anni. In altre parole, le abitazioni protette non rappresentano una sistemazione temporanea di sollievo, svolta più propriamente dai servizi di vita assistita, come le Residenze comunitarie leggere o le Comunità alloggio. Il modello organizzativo delle abitazioni protette prevede inoltre solo funzioni di sostegno generale all'abitare: portineria sociale, monitoraggio leggero, mediazione di rete. Al contrario, la DGR 856 definisce uno standard di 200 minuti settimanali per ospite che dev'essere garantito da infermieri, ASA/OSS e educatori. La norma è comprensibile – si tratta di risorse a carico del FSR – ma in controtendenza rispetto alla normalità operativa di questi servizi e ai modelli internazionali di riferimento, che vedono le funzioni sanitarie e assistenziali integrative dell'abitare garantite dai normali canali di comunità: medicina generale, SAD, ADI. **L'utilizzo delle RSA nel puro sostegno abitativo ha invece un limite culturale evidente.** L'abitare è una funzione di comunità e andrebbe svolta nei normali luoghi di vita, piuttosto che in un ambiente istituzionalizzante, mentre il modello tradizionale della Casa Albergo non appartiene alla più recente evoluzione dei modelli internazionali. In altre parole, **i servizi più appropriati per questa funzione - le abitazioni protette – devono affrontare un bivio delicato; per aderire alla DGR devono modificare la propria organizzazione in senso sanitario e di protezione verso la disabilità, mentre gli adempimenti collegati, come quelli legati agli attuali modelli di vigilanza, possono indurre costi e complessità poco coerenti con modelli organizzativi leggeri.**

## **RSA/RSD aperta: le principali insidie**

La misura sulla RSA/RSD aperta (che assorbe 30 dei 50 mln stanziati) è, per consistenza e per obiettivi, quella centrale della DGR. Gli erogatori accreditati possono proporre alle ASL una serie di pacchetti o prestazioni di supporto al lavoro di cura domestico, per sostenere le famiglie di anziani con demenza o altri disturbi di natura psicogeriatrica. Gli interventi possono essere offerti con modalità diverse - domiciliari, residenziali e semiresidenziali/diurne – ma distinte dalle normali attività contrattualizzate. Il voucher è di 500 euro/mese e può essere utilizzato in modo flessibile, ad esempio, per garantire interventi continuativi di ridotta intensità, oppure accumulandolo per utilizzarlo poi per una singola erogazione breve ma più costosa, come un ricovero di sollievo. La lista delle prestazioni possibili è molto ampia, la misura ne descrive alcune specificando che si tratta di esempi non esaustivi. Tra quelli elencati rientrano: interventi di addestramento e supervisione dei caregiver; sostituzione temporanea delle badanti; ascolto e supporto psicologico; accoglienza residenziale o semi-residenziale di sollievo; adattamento degli

ambienti; interventi specialistici. Le prestazioni che possono essere offerte sono articolabili secondo le esigenze valutabili caso per caso e diversamente integrabili nel PI e nel conseguente PAI che l'erogatore selezionato dalla famiglia – in questo caso si tratta di enti gestori di RSA accreditate – condividerà per superare le proprie difficoltà e raggiungere i propri obiettivi.

**La misura è interessante ma presenta non poche insidie nell'implementazione**, che il programmatore sarà chiamato a governare con molta attenzione. Da un lato, avvicina il sistema lombardo a quello di altri paesi, dove la domiciliarità è ormai sostenuta con soluzioni più articolate di quelle dei tradizionali interventi SAD o ADI. La DGR 856 – come la 740 - mette a disposizione delle famiglie un catalogo potenzialmente molto ampio di risorse flessibili e ben adattabili alle variabili esigenze contestuali. In questo senso, il giudizio sulla misura non può che essere positivo. La sua applicazione avverrà però in un contesto culturale e di organizzazione di sistema che potrebbe rivelarsi non adeguato a garantire ad essa un'applicazione efficace. Ad esempio, nei paesi dove si opera con modelli di domiciliarità evoluta e globale, **non sono le RSA a svolgere le funzioni individuate dalla DGR 856**. A esse compete la risposta specialistica a popolazioni selezionate, anche se consistenti: anziani con demenza grave, comorbilità, totale dipendenza funzionale e indicatori prognostici che indicano l'approssimarsi della fine della vita. Questi, infatti, sono servizi che richiedono competenze e modelli organizzativi dedicati, oltre che professionalità ben articolate nei diversi livelli di azione sanitaria, assistenziale, sociale e educativa. Al contrario, **gli interventi sulla vita indipendente o assistita sono garantiti da erogatori e unità d'offerta di comunità**, intermedi e prossimi alle persone, altrettanto preparati ma con una specializzazione e con modelli organizzativi molto diversi da quelli istituzionali.

Non da meno, **i sistemi di domiciliarità globale richiedono modelli di governo e case-management diffusi, efficaci e ben finanziati. Essi rappresentano la vera chiave di volta per ricomporre sulla persona l'offerta flessibile di prestazioni molto differenziate, evitando di lasciare la famiglia sola di fronte alla difficile integrazione di misure diverse, non sempre omogenee quanto a modalità di attivazione, erogatore che le garantisce e ente istituzionale che le regola. Si tratta di competenze e risorse di cui, allo stato dell'arte, ASL e Comuni potrebbero non disporre nella quantità e qualità che viene loro sollecitata** da scenari in così rapida evoluzione. Paradossalmente, sarebbe stato più facile applicare queste misure molti anni fa, quando le ASL erano ben operative sul campo e i servizi comunali più solidi e economicamente sostenuti degli attuali. Oggi, la situazione è diversa. Una sottolineatura fra le molte possibili; la valutazione multidimensionale del bisogno richiede operatori esperti nelle cure domiciliari e che conoscano in modo ravvicinato il singolo caso. Altrimenti, diviene faticosa, comporta un notevole dispendio di tempo e i risultati possono essere meno efficaci di quanto atteso rispetto alle risorse impiegate. Le ASL sono oggi dedicate a compiti di programmazione, acquisto e controllo e **queste competenze non saranno facili da ricostituire**. Inoltre, molti benefici di questi provvedimenti saranno legati a una solida integrazione fra ASL e Comuni. Gli osservatori esperti sanno che si tratta di una partita delicata e che da questo è già dipesa la ridotta efficacia di provvedimenti altrettanto promettenti, come la DGR 10759/2009 sui [CeAD](#) o la 7211/2011 sulla possibile e quanto mai necessaria evoluzione dei CDI.

## Conclusioni

Nel complesso, quindi, si può dire che questa è una misura originale, che avvicina l'offerta lombarda a quella di altri paesi a economia avanzata. La sua attuazione comporterà tuttavia un lavoro intenso e

condiviso con tutti gli attori della rete dei servizi e il superamento di alcune criticità di sistema. Sarà necessario, ad esempio, **evitare il rischio di costruire un sistema d'intervento socio-sanitario che abbia come unico orizzonte quello degli enti gestori delle RSA.** Il programmatore ha l'interesse assoluto di favorire la nascita di nuovi servizi e unità d'offerta, ma anche quello di promuovere la crescita parallela di una nuova generazione di attori, più esperti e specializzati nelle cure intermedie, nella domiciliarità e nella prossimità.