

DOCUMENTO ALLEGATO ALLA RICHIESTA URGENTI INTERVENTI LEGALISTIVI MINSITERIALI E DI SOSTEGNO ECONOMICO

CRITICITA' GESTIONALI, ORGANIZZATIVE ED ECONOMICHE DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI PER PERSONE CON DISABILITÀ ED ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

Con il presente documento le sottoscritte organizzazioni intendono porre all'attenzione del Parlamento, della Presidenza del Consiglio dei Ministri, del Ministero della Salute, del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, delle Regioni e della Conferenza Unificata ed ANCI **le criticità gestionali ed organizzative delle strutture residenziali a carattere sanitario, socio-sanitario e socioassistenziale. Infatti, tali strutture sono investite da profonda crisi economica, derivante dall'emergenza COVID-19, con conseguenti gravi ricadute sulla qualità e continuità dei servizi resi in favore di persone con grave e gravissima disabilità e anziani non autosufficienti, nonché sul connesso mantenimento degli attuali livelli occupazionali.**

Nello specifico, l'obiettivo che si prefigge un documento di valenza nazionale quale il presente, è quello di **inquadrare le comuni difficoltà che i servizi residenziali hanno dovuto e continuano ad affrontare**, al di là di specifiche situazioni regionali o locali (per le quali si rinvia agli specifici documenti di posizione che le medesime organizzazioni, per tramite delle loro articolazioni territoriali e/o aderenti, hanno già presentato) e di **manifestare i fondati timori che la continuità di tali servizi sia assolutamente a rischio, con l'alta evenienza che, da qui a pochi mesi, in assenza di interventi di sistema, possa sorgere un problema sociale ancor più grave inerente il venir meno, per centinaia di migliaia di persone con disabilità ed anziane, del solo servizio che oggi costituisce il loro unico punto di riferimento, di protezione e di assistenza e garantisce la prosecuzione della loro vita con adeguati livelli di dignità e di attenzione.**

Non è un caso, infatti, che la stragrande maggioranza dei soggetti che sottoscrivono il presente documento afferiscono al mondo del terzo settore ed in quanto tali tenuti a concorrere, in modo sussidiario, al perseguimento di attività di interesse generale, quali quelle in discorso, garantendo risposte adeguate e migliore qualità di vita possibile alle persone destinatarie di detti servizi e attività, nonché salute e benessere lavorativo degli operatori che se ne prendono cura e carico. Il tutto in un'ottica collaborativa e di un sistema di corresponsabilità con la Pubblica Amministrazione e le comunità.

Purtroppo, invece, durante la cosiddetta Fase 1 del COVID-19, come a tutti noto, pur in presenza della critica e talora drammatica situazione nella quale si sono venute a trovare proprio le strutture residenziali, ci si è assolutamente dimenticati delle stesse, lasciandole a gestire tutta l'emergenza in massima solitudine. Queste strutture, in qualche modo, sono riuscite, a resistere e a garantire, pur arrivando allo stremo delle proprie risorse umane ed economiche, la sopravvivenza del servizio e livelli di protezione, adeguati all'emergenza, alle persone con disabilità ed anziani, della cui responsabilità però tutti gli altri se ne erano scaricati.

Questo sacrificio, però, oggi rischia di risultare inutile, se non si comprende che ancora per mesi (se

non di più) le strutture residenziali continueranno a vivere situazioni che richiedono da un lato un adeguato investimento, nella cura delle persone assistite, degli standard di assistenza e di cura cui si accompagna un investimento significativo in interventi volti a prevenire il diffondersi, al loro interno, del COVID19 e dall'altro lato non vedono riconosciuto tale sforzo. L'insieme degli elementi sopra descritti di fatto determina un maggiore depauperamento e risorse disponibili, in un contesto ormai sempre più fiaccato dal prolungarsi di una situazione, che, seppur meno emergenziale, in realtà non presenta condizioni analoghe a quelle quo ante. Situazione prolungata che continua ad erodere livelli economici, e, di conseguenza, la presenza di operatori incidendo significativamente sulla qualità dell'assistenza e, fatto ancor più grave, sulla qualità di vita delle persone beneficiarie dei ridetti servizi, già provate anche dall'essere state per mesi prive di relazioni sociali tra le quali le relazioni con i familiari e conoscenti e le relazioni col mondo esterno.

Occorre quindi intervenire in maniera puntuale, ma anche complessiva ed importante, sui servizi residenziali, sia intervenendo nelle norme di decretazione di urgenza di questo periodo sia prevedendo anche un significativo ed adeguato spazio per le tematiche sociosanitarie, nell'ambito delle politiche sanitarie che, ci pare di aver compreso, costituiranno uno degli assi prioritari di intervento da finanziare con il Recovery Fund o con altri interventi europei.

IMPATTO SULLA TENUTA ECONOMICO GESTIONALE

A fronte dei maggiori consistenti costi della gestione, determinati dall'esigenza di rispondere a bisogni prevalentemente di natura sanitaria, come si vedrà appresso, si registra una consistente diminuzione media delle presenze di utenti nelle strutture sia a causa, in molti casi dei numerosi decessi intervenuti, sia in considerazione della comprensibile contrazione dei nuovi ingressi a fronte di una struttura organizzativa che come detto piuttosto che comprimersi è stato necessario ampliare e potenziare. Quanto sopra ha prodotto un evidente disequilibrio nel rapporto costi/ricavi con le inevitabili conseguenze del caso che richiedono, di conseguenza, che si pongano in essere urgentemente i dovuti correttivi.

MAGGIORI ONERI PER ACQUISTO DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE

Nelle strutture residenziali spesso vivono persone che hanno necessità di assistenza personale diretta e non è possibile garantire un distanziamento con gli operatori, dovendosi di conseguenza garantire un maggior livello di protezione, sia assistiti che agli operatori con una significativa diffusione, fino alla copertura del totale degli operatori, dei dispositivi di protezione.

Tra l'altro, durante la Fase 1 tali dispositivi non solo non sono stati forniti dalle Amministrazioni Committenti del Servizio o dalla struttura del servizio sanitario di riferimento, ma addirittura sono stati oggetto di requisizioni lungo tutto il territorio nazionale, determinando quindi una carenza di offerta sul mercato degli stessi, con conseguente lievitazione dei prezzi di acquisto per gli enti gestori. Si sarebbe dovuta avere una politica di protezione volta a garantire almeno l'approvvigionamento di tali dispositivi per le strutture residenziali equiparandole ai presidi ospedalieri, ma, nonostante varie proposte emendative durante i dibattiti parlamentari dei vari provvedimenti susseguitisi in questi mesi (a partire dal Decreto "Cura Italia"), nulla di tutto ciò è avvenuto. La stessa politica parziale di calmierazione dei prezzi è avvenuta dopo quasi due mesi dallo scoppio della pandemia, ossia quando ormai gli enti gestori avevano dovuto spendere ingenti risorse, senza la possibilità di recuperare

alcunché con una rimodulazione della retta giornaliera, ma anzi subendo anche notevolissimi ritardi (da parte delle pubbliche amministrazioni) nei pagamenti delle prestazioni già precedentemente rese ed in via ancora di liquidazione.

MAGGIORE COPERTURA ASSISTENZIALE E MESSA IN CAMPO DI ALTRE PROFESSIONALITA'

Il rischio di portare contagi in strutture dove vi era un gruppo di persone ha, in alcuni casi e giustamente da subito determinato il Governo e le Regioni nel fare in modo che si evitassero uscite dei residenti dalle strutture, anche per attività che svolgevano prima del COVID-19, quale la frequenza, nel corso della giornata, di centri diurni, la cui attività era stata comunque sospesa.

Ciò ha determinato, e continua a determinare la necessità di garantire non solo attività di assistenza ma anche attività di natura animativa e educativa che, in molti casi, sono state un fondamentale supporto per sopperire la frequenza di altri servizi con una sostanziale modifica della turnistica e, di conseguenza degli standard gestionali e dei relativi costi.

In altri casi alla contrazione e alla riduzione della “vita di relazioni” degli assistiti con i familiari e con il “mondo esterno” hanno reso necessario un incremento delle prestazioni di natura educativa e di assistenza psicologica per sostenere tale nuova condizione e offrire un supporto alla comprensione di tale situazione, a titolo esemplificativo e non esaustivo, alle persone con disturbi del neurosviluppo, psichiatrici o con demenze.

MANCATA POSSIBILITA' DI VOLONTARI

In molte parti d'Italia si è anche registrata l'impossibilità di far partecipare alle attività del servizio residenziale dei volontari che, nel tempo, avevano incrementato dal punto di vista delle relazioni umane il percorso di inclusione delle persone presenti in struttura, ferme restando le prestazioni di natura professionale affidate ai lavoratori ed i professionisti ordinari.

Tale attività, seppur informale, comunque assolutamente preziosa per sviluppare e consolidare relazioni interpersonali positive, anche per contrastare i disagi psicologici vissuti dalle persone in struttura, hanno dovuto, in certa misura essere affrontate dal personale, adeguatamente incrementato per assicurare quelle che possiamo definire come attività collaterali e, nel caso di servizi in convenzione/accreditamento, non direttamente riconducibili agli impegni sinallagmatici assunti con il rapporto di servizio instauratosi con le Pubbliche Amministrazioni.

Purtroppo, però, non si è espressamente previsto, in molti casi, che il volontario potesse equipararsi ad un lavoratore sia per spostarsi sul territorio e quindi arrivare presso la struttura sia per accedere alla struttura, interdetta a tutti tranne che ai lavoratori, registrandosi quindi divieti a far svolgere attività di volontariato, seppur con tutte le etichette respiratorie ed i protocolli di sicurezza previsti specificatamente anche per i ridetti lavoratori di tali servizi.

Ad oggi tale modalità non è ancora stata superata, né adeguatamente regolamentata.

Ciò ha inciso ed incide molto sulla tenuta dei servizi dal punto di vista del fattore umano, inducendo molte strutture a far investimenti specifici ed ulteriori con altre figure.

INNALZAMENTO A RISCHIO SPECIFICO

Sin dalle prime indicazioni INAIL si è compreso che nelle strutture residenziali il rischio che il lavoratore potesse contrarre il COVID-19 e dovesse qualificarsi come aggravato, se non addirittura, per gli operatori sanitari e socio-sanitari delle strutture, “specifico” con ulteriori maggiori responsabilità verso i lavoratori ed INAIL.

Questa ha determinato la messa in campo di specifici, diversi, nuovi ed ulteriori accorgimenti nella gestione del rapporto di lavoro a garanzia sia dei lavoratori stessi che della comunità di persona che si trovavano ad interagire all'interno della struttura stessa, partendo dall'aggiornamento dello stesso Documento di Valutazione dei Rischi e della valutazione specifica per il rischio biologico, con impiego di risorse professionali e di ingenti risorse economiche, anche solo per l'attività di consultazione, formazione, sensibilizzazione e monitoraggio.

RIMODULAZIONE DELL'ORGANIZZAZIONE E DEGLI SPAZI DELLA STRUTTURA

In molte Regioni si è stabilito che il personale di una struttura non potesse essere usato dall'ente gestore anche all'interno di altri suoi servizi.

Ciò ha determinato che soprattutto alcune figure professionali (psicologo, fisioterapista, direttore sanitario) da utilizzarsi solo pro quota per un dato servizio residenziale non potessero continuare ad erogare la propria prestazione anche verso altre tipologie di servizi o addirittura anche verso altra simile struttura residenziale, gestita dal medesimo ente con la conseguenza anche di dover rivedere l'intero assetto organizzativo del lavoro.

In altri casi, la Pubblica Amministrazione di riferimento ha addirittura stabilito di condizionare la continuità delle erogazioni delle remunerazioni dei servizi residenziali alla sottoscrizione di un patto con cui si sarebbe verificata la disponibilità degli operatori dell'ente gestore ad essere utilizzati in strutture già contagiate e per questo anche prive del dovuto personale.

Ulteriori criticità si sono avute nell'ipotesi di qualche caso sospetto o positivo al coronavirus tra il personale che hanno determinato anche il rischio di chiusura del servizio o di parte di esso, dovendo mettere in quarantena tutti coloro che erano stati a contatto con tale caso.

Al tempo stesso, si sono dovuti mettere in campo protocolli di sicurezza abbastanza complessi, con rimodulazione degli spazi, sia comuni sia dei singoli alloggi, con adozione di gestione dei flussi in entrata ed uscita dalla struttura, nonché all'interno di essa, con rimodulazione di servizi prima pensati di gruppo (mensa, ecc.) e con acquisto quindi di strumenti (termoscanner, dispenser) e arredi ulteriori (nuovi tavoli per garantire il distanziamento sociale, ecc).

Particolare incidenza, in termini di maggiori oneri e complessità gestionale, si è registrata anche per quanto attiene il servizio di trasporto, dovendosi riadattare i normali mezzi prima utilizzati per trasporti collettivi per trasporti di piccoli gruppi, se non addirittura individuali.

SANIFICAZIONE

La costante presenza di persone presso le strutture impone ripetute sanificazioni dei luoghi, degli strumenti e delle suppellettili con l'ulteriore criticità che vi sono spazi di uso assolutamente personale non previsti per altri servizi non residenziali (docce, mensa, ecc.).

La stessa diversa gestione dei rifiuti biologici più consistente in certe tipologie di strutture ha determinato un maggiore impatto organizzativo ed economico.

GESTIONE CASI SOSPETTI O POSITIVI E RAPPORTI CON ISTITUZIONI SANITARIE

La massima criticità si è avuta e si continua ad avere nel gestire casi sospetti COVID o positivi di persone con disabilità ed anziani, spesso rifiutate per l'ospedalizzazione, e di conseguenza mantenute presso la struttura, con l'obbligo di riorganizzare tutta una parte della struttura stessa per garantire spazi assolutamente separati e personale sia sanitario che di assistenza personale

funzionalmente indipendente rispetto al resto della struttura. A ciò si aggiunga che spesso non si è avuto l'idoneo supporto di natura sanitaria, con riferimento all'assistenza specialistica, che non sono riuscite ad intervenire tempestivamente o comunque a garantire quei vari sussidi ed interventi di tipo sanitario ed infermieristico necessari (specie in struttura che per propria vocazione non erano già strutturate come sanitarie o con profili di tale tipo).

In altri casi, si è dovuta approntare un livello massimo di attenzione e un'adeguata erogazione di prestazioni anche per persone positive che, pur ospedalizzate in una prima fase della malattia, sono state fatte rientrare in struttura prima dei previsti 14 giorni, costringendo appunto la struttura di accoglienza a porre in essere un'organizzazione volta ad evitare la diffusione del contagio.

Le stesse USCA (Unità Speciali per la Continuità Assistenziale) sono state attivate in molte Regioni in ritardo e spesso non hanno garantito fluidità di comunicazione e di operatività, lasciando l'intera responsabilità e carico alle strutture.

Al tempo stesso, non sono stati garantiti né tamponi, né test sierologici per prevenire il contagio, individuando con tempestività i casi sospetti e lasciando alla sola capacità della struttura di reperire tutto ciò anche ricorrendo a servizi privati di altre province se non di altre regioni.

Tutta la situazione sopra descritta ancora si perpetua in massima parte, nonostante il superamento della Fase 1, (vedasi il perdurante divieto, totale o parziale, di visite in struttura nei vari territori).

Ciò determina il rischio, come sopra detto, che i servizi ormai allo stremo implodano non garantendo di conseguenza più un servizio sicuro e di qualità a totale detrimento delle persone per cui sono pensati e garantiti.

Occorre quindi intervenire con una forte cabina regia di livello centrale che garantisca l'intervento specifico per ciascuna delle criticità sopra dette sia in termini organizzativi e di supporto, ma anche in termini economici, partendo come detto dalla decretazione d'urgenza del periodo e dal Recovery Fund, evitando quindi che tutti gli sforzi sviluppati naufraghino per l'incapacità di traghettare le varie strutture oltre la fine della Fase dell'emergenza..

Infatti, pur auspicando l'avvio di un confronto teso a superare alcune delle attuali tipologie di unità di offerta relative alla residenzialità, con particolare riferimento a quelle aventi caratteristiche segreganti ed istituzionalizzanti, **occorre intanto con estrema urgenza mettere in sicurezza e garantire continuità, qualità e livelli occupazionali per tutte quelle strutture che, in atto, comunque garantiscono una risposta alle centinaia di migliaia di cittadini con gravi disabilità e non autosufficienti, che non può venire meno in alcun modo**, pena porre il sistema ospedaliero e sanitario in genere in forte difficoltà, e porre le famiglie di riferimento (ove esistenti) in una istituzione di estrema difficoltà. Tra l'altro, in assenza di un'immediata azione in tal senso volta a contenere le già gravose e presenti criticità, si rischierebbe, anche a fronte della ripresa della curva pandemica in atto, un riacutizzarsi della drammatica situazione già verificatasi con inevitabili effetti devastanti.

Per tutti questi motivi si auspica fortemente che, soprattutto nel previsto piano di utilizzo del Recovery Fund, o di altre risorse europee e nazionali dedicate al Sistema Sanitario ci si occupi prioritariamente di sostenere il sistema socio-sanitario e, all'interno di questo, si presti attenzione al sistema residenziale, che ha subito maggiori contraccolpi col COVID-19 e che necessita di interventi strutturali, di tipo economico, ma non solo, in modo da dare una risposta soddisfacente a svariate centinaia di migliaia di persone con grave e gravissime disabilità e non autosufficienti, garantendone adeguata sicurezza e migliore qualità di vita possibile.

