



## La Carta di Siena 2021 per il progresso nella residenzialità

Questa “**Carta di Siena 2021**” rappresenta la sintesi dei contenuti della Tavola Rotonda “**Residenzialità e /o domiciliarità come risposta a bisogni complessi e alla non autosufficienza**” organizzata nell’ambito del Festival della Salute dalla ASP Città di Siena, in collaborazione con la CARD.

I partecipanti-relatori: Mario Valgimigli e Ulderico Izzo (ASP Siena), Gennaro Volpe e Paolo Da Col (CARD), Massimo De Fino (CARD Basilicata), Simona Dei (AUSL Toscana Sud Est), Alfredo Nottari (CARD Umbria), Luigi Rossi (CARD Toscana), Marco Picciolini (SDS Senese), Lorenzo Baragatti (AUSL Toscana Sud Est), Alessandro Campani (AUSL Toscana Nord Ovest).

Il documento è stato discusso in aula ed approvato all’unanimità dai componenti-relatori della tavola rotonda e dai numerosi partecipanti presenti.

### **DIECI PUNTI PER IL PROGRESSO DELLA BUONA ASSISTENZA RESIDENZIALE ALLE PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI**

#### **Premessa**

Nel campo di azione a favore delle persone nonautosufficienti, riflessioni ed azioni si rivolgono spesso al settore della residenzialità, che svolge una funzione irrinunciabile. Questa deve esprimersi in una gamma di soluzioni adeguate per i diversi livelli di bisogno assistenziale ed in prospettiva va posta in equilibrio con la realizzazione di nuovi forti servizi di cura ed assistenza domiciliare istituzionale (“cure formali”), che devono recuperare lo squilibrio oggi esistente a favore delle prevalenti cure informali (sostenute dalle famiglie, per lo più con la presenza delle assistenti familiari – c.d. “badanti”). Come punto di arrivo dell’evoluzione del sistema di welfare per la non autosufficienza, si ritiene opportuno che le risorse globali pubbliche spese per il settore della residenzialità si pongano in un rapporto tendenziale di 1:1 con quelle per la domiciliarità.

L’attenzione al tema dell’istituzionalizzazione non deve mai calare. Va evitato di privilegiare il merito delle strutture, ovvero l’attenzione ai “contenitori” a scapito dei “contenuti”. Ovvero, è giusto e doveroso che le strutture, gli edifici siano adeguati; così come vi sia una buona organizzazione dell’assistenza, con congrua presenza del personale – oggi molto spesso sottodimensionato per aspetti quali/quantitativi rispetto alle esigenze assistenziali degli ospiti; irrinunciabile ed indifferibile siano dotate di strumentazioni

di telemedicina, di strumenti informatici. Occorre tuttavia (pre)occuparsi primariamente se la decisione del ricovero sia temporanea o definitiva; se la qualità di vita degli “ospiti” trarrà beneficio e chiedersi quindi continuamente se questa sia divenuta o stia divenendo migliore anziché peggiore di prima del ricovero; e pertanto come offrire sempre buona assistenza e buone cure personalizzate, proporzionate alle esigenze assistenziali, alle attese ed ai desideri. Centrale rimane il valore della persona, della Relazione che ci connette a Lei, la ricerca della sua miglior qualità di vita possibile in un nuovo contesto abitativo totalmente diverso da quello domestico, nella consapevolezza quindi che si parte già da una posizione di svantaggio, cui va posto rimedio grazie a buone pratiche, ad una costante tensione per il miglioramento.

### Azioni

Si propongono **dieci** obiettivi essenziali e correlate azioni fondamentali. La loro novità va cercata non tanto nelle dichiarazioni bensì nelle attuazioni, per le quali il Distretto può giocare un ruolo centrale.

1. Chi si occupa della persona anziana nonautosufficiente sia consapevole che la **vita** di quella persona sta nelle sue mani; che questa vita è sacra, tanto più quanto più diviene fragile e vulnerabile. Il livello di responsabilità di noi operatori corre parallelo al grado di perdita dell'autonomia di queste persone.
2. È dovere delle Istituzioni pubbliche (ASP, ASL, Comuni) tutelare questa vita; impegnarsi per il rispetto dei **diritti** del soggetto fragile; organizzare un'offerta residenziale il più possibile vicina ai luoghi di vita usuali dell'anziano. Un'offerta complementare, contigua a valide, credibili opzioni domiciliari e semiresidenziali; occorre rendere queste ultime opzioni realmente alternative perché attraenti e convenienti per la persona, per i familiari, per il sistema. Fondamentale è la selezione, la formazione, la valorizzazione continua del personale di assistenza.
3. L'assistenza residenziale sia doverosamente di elevata **qualità**, equamente accessibile e fruibile da tutti coloro che ne hanno reale bisogno (universalismo). E' un **livello essenziale di assistenza** (LEA distrettuale) e quindi diritto costituzionalmente garantito.
4. Il ricovero in struttura residenziale va considerato, soprattutto se definitivo, sempre una *scelta estrema*, appropriata solo quando davvero si rivela inevitabile, secondo quanto accertato a seguito della valutazione multidimensionale, condotta sempre insieme ad ospite e familiari, prima dell'ingresso ed in itinere. Alla libertà di scelta va sempre anteposta e rispettata la scelta della libertà.
5. La buona qualità dell'assistenza si realizza in strutture residenziali che mai agiscono come case “di riposo” bensì come “**case simili a casa**”, per mantenere o ridare autonomia, per proteggere dignità e libertà anche in caso di grave compromissione, deficit cognitivo o demenza. Tali strutture vanno inserite nella rete dei servizi territoriali, nelle Comunità, aperte a rispondere del proprio operato in modo trasparente. Al **distretto** spetta verificare il possesso dei requisiti di accreditamento delle strutture: promuovere la qualità delle cure e vigilare sulla buona assistenza, tutelare la salute globale degli ospiti, verificare il rispetto dei diritti di dignità, libertà e decoro, del grado di raggiungimento degli obiettivi del PAI, da perseguire con la logica del care multidimensionale; porsi costantemente nella logica della verifica degli esiti.
6. L'assistenza di buona qualità si riferisce in prima istanza ad una prospettiva di permanenza temporanea nella residenza e si pone quindi come obiettivo prioritario il **rientro a casa** grazie ad un costante impegno per programmi di recupero-riattivazione-riabilitazione. Questi devono valere anche nel

caso di accertata necessità di una permanenza definitiva, e si indirizzano, se non a migliorare, a mantenere almeno stabili il più a lungo possibile le condizioni d'ingresso, a ritardare il decadimento fisico e psichico.

7. L'assistenza residenziale, temporanea ed ancor più permanente, può migliorare solamente quando esiste piena ed unanime consapevolezza che l'ospite affronta condizioni di vita nuove e per lei/lui molto diverse. La buona qualità delle cure accompagna questo **cambiamento**, previene lo scadimento della qualità della vita, il senso di solitudine, l'isolamento, la disperazione.
8. Le azioni per la qualità, tanto più attente quanto più sono compromesse le condizioni di autosufficienza, possiedono alcune Caratteristiche essenziali, riassumibili nelle **"8 C della buona qualità"**. Per ciascuna di esse è possibile individuare alcuni correlati indicatori per misurarla (dovrebbero essere inclusi nel PAI).
  - **C asa**: si opera immedesimandosi nelle persone che chiedono, magari implicitamente, "quando torniamo a Casa?" ovvero affermando "qui sto bene, come a "Casa". L'ingresso in residenza è appropriato pertanto solamente se provatamente inevitabile ed il rientro a domicilio è posto sempre come obiettivo primario. La buona assistenza è improntata ad una visione domiciliare, non ospedaliera, per far percepire la residenza come una nuova propria casa, quindi con un clima, ambienti e relazioni dalle suggestioni domestiche. Sono raccomandate la presenza di mobili ed oggetti personali, la ricostruzione di ambienti domestico-familiari, rispetto non formale della privacy e dei ritmi di vita. Prioritari indicatori di alta qualità sono la presenza di stanze singole, il tasso di rientro a domicilio, gli orari di visite aperte, le uscite organizzate all'esterno.
  - **C ure**: per ogni ospite esiste un programma di assistenza individualizzato (PAI) improntato alla logica del **care multidimensionale e delle appropriate cure, farmacologiche e non**. La struttura si dota delle tecnologie di telemedicina per innalzare la qualità dei servizi. Fare buona assistenza significa avere buoni esiti nei seguenti obiettivi (e correlati indicatori): prevenire ricoveri ed accesso in Pronto Soccorso impropri (con stratificazione per gravità degli ospiti) e, se del caso, accompagnare la persona in Pronto Soccorso e seguirla nel ricovero ospedaliero; prevenire (o curare) le sindromi da immobilizzazione; prevenire la comparsa di lesioni cutanee; evitare l'uso irragionevole delle politerapie, degli psicofarmaci, degli antidolorifici; assicurare la copertura vaccinale. L'era COVID impone una valutazione su come attrezzare le strutture in modo da creare le migliori opportunità di cura per chi rimane in residenza, anche se caso sospetto od accertato COVID+; di come contenere la diffusione dei contagi all'interno; qualificare il personale, dimensionare le cure per fornire sempre tutto ciò che è giusto ed appropriato.
  - **C ontenzione**: è da proscrivere l'uso di qualsiasi contenzione (indicatore: zero contenzione). Le misure di sicurezza per l'ospite devono essere adottate solo se motivate e temporizzate, dopo valutazioni non ambigue, con azioni prudenti, mai contro la persona. L'uso degli psicofarmaci è per riequilibrare scompensi psico-emotivi, non per contenere. Libertà e dignità, rispetto del corpo e della mente sono sempre obbligatori.
  - **C ontinenza**: la buona assistenza tende al suo recupero o conservazione. L'uso dei presidi avviene con oculatezza, è personalizzato, rispettoso, consapevole del fatto che indossarli (farli indossare) costituisce interferenza nella dignità della persona e provoca disagio, scadimento della qualità di vita. Esempio di indicatore: tasso di recupero della continenza; numero di presidi utilizzati.
  - **C ognitività**: ambienti, programmi assistenziali e relazioni di cura favoriscono il recupero o la stabilità delle funzioni cognitive, ne prevengono il declino e affrontano in modo appropriato anche

- le forme avanzate; l'ospite è sempre e comunque rispettato; la relazione di cura sempre valorizzata. Esempio di indicatore: test individuale (MMSE; od altri)
- **C adute:** la disposizione degli ambienti e le procedure di assistenza sono fortemente orientate alla loro prevenzione. Il personale è formato per evitarle, perché consapevole della loro rilevanza; previene gli eventi potenzialmente disastrosi correggendo i grandi rischi ed anche quelli apparentemente minori; effettua la valutazione degli esiti delle misure correttive adottate. Adeguate risorse di personale sono essenziali. Indicatore, ad es.: numero di cadute/semestre, differenziate per esito. Esempio di indicatore: trend di struttura/individuale del numero di cadute, esito.
  - **C cibo:** la buona qualità dei cibi ed una corretta alimentazione-idratazione, con giusto spazio al gusto ed al piacere della tavola, al valore del momento conviviale e relazionale, rappresentano un prezioso aiuto per il recupero o il mantenimento di una buona condizione psico-fisica; la buona assistenza include obbligatoriamente la prevenzione e correzione della malnutrizione calorico-proteica o dell'obesità. Esempio di indicatore trend del punteggio MNA, BMI.
  - **C osti:** i costi (la spesa) sono trasparenti e si correlano ad un alta qualità-valore dei servizi, fermo restando che qui non può esistere alta qualità a basso costo (low-cost). La buona qualità dell'assistenza residenziale deve essere per tutti. La corrispondenza dei LEA guida la spesa pubblica e privata (entità della compartecipazione), escludendo l'impovertimento delle famiglie per sostenere le buone cure: la buona assistenza è per tutti, non è solamente per chi può pagarla.
9. Cambiamenti delle modalità dell'assistenza o dei costi del ricovero (siano essi a carico della persona-famiglia o degli Enti Pubblici) vanno correttamente e tempestivamente comunicati e concordati con gli interessati e tutti gli operatori. In ogni struttura è opportuno sia attivato, anche per questo, un **Comitato di Garanzia**, con rappresentanze degli utenti e soggetti esterni, guidato dal Distretto (che diviene così Distretto di garanzia).
10. I processi di miglioramento continuo della qualità, richiedono attitudini e pratiche di valutazione degli esiti, con costante e dinamica ricerca di alleanze tra il **quintetto di attori:**

I) **l'ospite:** cui va assicurata primariamente la scelta della libertà e, in seconda priorità, la libertà di scelta della struttura; la sua collocazione in residenza vicina; il diritto di revoca, di libera espressione, di giudizio su quanto ricevuto nell'assistenza;

II) il **familiare:** va incoraggiato a partecipare alle cure e per questo va messo in condizione di trovare strutture aperte (salvo ovviamente restrizioni contingenti), per non far mancare la sua attiva e costante presenza.

III) **gli operatori** di cura della persona riconoscono le individuali e collegiali responsabilità verso la vita degli ospiti e della struttura; manifestano costante impegno professionale, anche nel seguire i percorsi di formazione ed aggiornamento per elevare il grado di capacità-competenza, ed il conseguente livello di autonomia e responsabilità; le motivazioni professionali ed umane. Ogni professionista di cura fa propria la cultura dell'apprendimento.

IV) il **proprietario-gestore:** pubblico e privato (profit e no profit) si giova del percorso di accreditamento istituzionale per mantenere sempre alta la tensione costante verso il miglioramento continuo della qualità, con trasparenza, rispetto delle regole, ricerca della vera innovazione, e con l'assunzione esplicita di responsabilità nell'offrire il miglior servizio possibile; la credibilità del rapporto qualità/prezzo (valore-costi); la esplicitata volontà di rispondere delle proprie azioni. Gestisce il proprio personale per elevarne capacità e competenze; il senso di appartenenza, la motivazione, la fidelizzazione, anche offrendo

opportunità di sviluppo professionale e di carriera.

V) le **Istituzioni pubbliche** - Regione, Comuni, Aziende Sanitarie, AS, Servizi Sociali ed altri Soggetti Pubblici riconoscono le rispettive responsabilità in ordine alla definizione dei requisiti di accreditamento, al bilanciamento domanda-offerta; a regole giuste e norme congrue di funzionamento delle residenze, alla verifica della loro osservanza e della corrispondenza tra standard ed esigenze assistenziali, alla valorizzazione del personale, al rispetto dei diritti e dei doveri delle parti, alle iniziative per il miglioramento continuo della qualità, per l'innovazione (telemedicina, telemonitoraggio, uso di strumenti di ICT), alla sostenibilità globale della spesa da parte di utenti e Istituzioni.

Siena, 13 novembre 2021

**Testo a cura di Paolo Da Col e Antonino Trimarchi - Centro Studi CARD**