CONFINDUSTRIA
PIEMONTE

OSSERVAZIONI ALLA PROPOSTA DI DELIBERAZIONE N. 177

"Piano per l'Invecchiamento Attivo (P.I.A.) 2026-2028 di cui all'articolo 14 della Legge regionale n. 17 del 09 aprile 2019 "Promozione e valorizzazione dell'invecchiamento attivo". Proposta al Consiglio regionale.

24 settembre 2026

Confindustria Piemonte esprime apprezzamento per l'impostazione complessiva del Piano per l'Invecchiamento Attivo 2026–2028 e, in particolare, per la scelta di affrontare la trasformazione demografica secondo una prospettiva trasversale, orientata alla prevenzione, al mantenimento dell'autonomia, alla partecipazione e alla valorizzazione della persona anziana quale risorsa per la comunità.

Tale impostazione presenta significativi elementi di convergenza con il percorso di approfondimento sviluppato dalla Commissione Sanità e Scienza della Vita di Confindustria Piemonte nel documento "Accompagnare la longevità. Una nuova filiera dell'invecchiamento e una proposta per la riforma delle RSA in Piemonte" (in allegato).

Partendo da questa comune visione, Confindustria Piemonte ritiene che il Piano possa rappresentare l'occasione per compiere un ulteriore passo: collocare le politiche per l'invecchiamento attivo all'interno di una più ampia politica regionale della longevità, capace di accompagnare la persona lungo l'intero percorso dell'invecchiamento, dall'autonomia alla progressiva fragilità fino, quando necessario, alla non autosufficienza.

La distinzione tra persona anziana autonoma e persona non autosufficiente non rappresenta infatti una cesura netta. Tra queste condizioni esiste una continuità nel quale i bisogni possono modificarsi nel tempo e richiedere risposte differenti e progressivamente più strutturate.

In questa prospettiva, si propone di rafforzare il raccordo del P.I.A. con le altre programmazioni regionali sociali, sociosanitarie, sanitarie e abitative, assumendo come riferimento una vera filiera della longevità, articolata attraverso abitare autonomo e nuove forme di Senior Living, servizi di comunità e Centri diurni, assistenza domiciliare, residenzialità sociosanitaria e assistenza sanitaria nelle situazioni di maggiore complessità.

Particolare attenzione potrebbe essere dedicata al tema dell'abitare nella longevità. Le previsioni del Piano relative all'autonomia abitativa, alle nuove forme di domiciliarità, alla coabitazione e alle tecnologie domotiche potrebbero essere ulteriormente sviluppate favorendo sperimentazioni di Senior Living, residenzialità leggera e abitazioni protette, anche attraverso il recupero e la rigenerazione del patrimonio immobiliare esistente.

Analogamente, appare opportuno rafforzare il ruolo dei Centri diurni e dei servizi domiciliari quali infrastrutture territoriali capaci di prevenire o ritardare la perdita di autonomia, sostenere le famiglie e i caregiver e offrire risposte intermedie rispetto alla residenzialità.

In tale quadro anche le RSA dovrebbero essere considerate parte integrante della politica regionale della longevità e non un sistema separato. Le competenze, le professionalità, le tecnologie e le infrastrutture presenti nelle strutture potrebbero progressivamente concorrere anche alla costruzione di servizi rivolti al territorio, rafforzando il collegamento con assistenza domiciliare, Centri diurni, medicina territoriale e altri livelli della rete sociosanitaria.

Confindustria Piemonte ritiene inoltre importante valorizzare maggiormente, nell'attuazione del Piano, il contributo del sistema delle imprese e dell'innovazione. La trasformazione demografica determina infatti una crescente domanda di nuovi servizi, tecnologie assistenziali, domotica, telemedicina, soluzioni abitative, professionalità e infrastrutture. La Silver Economy può pertanto rappresentare non soltanto una risposta a nuovi bisogni sociali, ma un ecosistema nel quale welfare, ricerca, innovazione, capacità imprenditoriale e investimenti concorrano alla costruzione di nuove risposte per la longevità.

In questa prospettiva, si propone di prevedere un coinvolgimento strutturato delle rappresentanze del sistema produttivo nei momenti di confronto e di attuazione del Piano, accanto agli altri soggetti già individuati, favorendo la costruzione di partenariati tra pubblico, privato e Terzo settore.

Infine, accanto alle risorse destinate alle progettualità territoriali, si ritiene opportuno avviare una riflessione su una vera politica regionale degli investimenti per la longevità, capace di mettere a sistema risorse regionali, nazionali ed europee e di mobilitare, all'interno di un quadro programmatorio stabile, anche capitali privati e investitori istituzionali.

L'obiettivo potrebbe essere quello di costruire progressivamente un "Modello Piemonte della Longevità", nel quale invecchiamento attivo, prevenzione, abitare, domiciliarità, servizi territoriali, innovazione e Long Term Care non costituiscano politiche separate, ma differenti componenti di una strategia unitaria.

In tale quadro, la futura revisione del sistema delle RSA potrebbe rappresentare uno dei tasselli di questa strategia complessiva: non un intervento isolato sulla residenzialità, ma parte della costruzione di una rete capace di accompagnare la persona nel tempo, preservandone il più a lungo possibile autonomia, qualità della vita e capacità di scelta.

Allegato

CONFINDUSTRIA
PIEMONTE

Commissione Sanità e Scienza della Vita

Accompagnare la longevità

Una nuova filiera dell'invecchiamento e una proposta per la riforma delle RSA in Piemonte

«Sono in gioco valori di umana civiltà e devono guidarci i principi fondamentali della Costituzione, che indicano come ogni persona debba poter continuare a sviluppare pienamente le proprie opportunità, indipendentemente dall'età, vivendo con dignità, con accompagnamento delle situazioni di fragilità.»
Sergio Mattarella
Presidente della Repubblica
Intervento all'UNEBA, 6 novembre 2025

Indice

Executive Summary

Parte I – Accompagnare la longevità: una nuova filiera per l'invecchiamento

Parte II – Riformare le RSA dentro la nuova filiera della longevità

Parte III – Le proposte per un nuovo modello organizzativo delle RSA piemontesi

Parte IV – La Long Term Care in Europa: esperienze e indirizzi per il modello piemontese

Executive Summary

Dalla longevità a un nuovo modello di Long Term Care per il Piemonte

L'invecchiamento della popolazione rappresenta una delle principali trasformazioni economiche, sociali e sanitarie che il Piemonte sarà chiamato ad affrontare nei prossimi decenni. L'aumento dell'aspettativa di vita costituisce una conquista straordinaria, ma determina contemporaneamente una crescita della popolazione anziana, della cronicità, della fragilità e, nelle fasi più avanzate, delle condizioni di non autosufficienza.

Affrontare questa trasformazione richiede innanzitutto un cambiamento culturale.

La risposta non può iniziare nel momento in cui la persona perde la propria autonomia e necessita di una presa in carico strutturata. Occorre intervenire prima, accompagnando l'intero percorso dell'invecchiamento e costruendo un sistema capace di preservare il più a lungo possibile autonomia, qualità della vita, relazioni sociali e capacità di scelta.

Confindustria Piemonte propone pertanto di passare da una politica prevalentemente orientata alla gestione della non autosufficienza a una vera politica della longevità, nella quale servizi, infrastrutture, professionalità e investimenti accompagnino progressivamente la persona nelle differenti fasi della vita.

Una nuova filiera della longevità

Il punto di partenza è il superamento di una concezione che vede, da un lato, la persona anziana al proprio domicilio e, dall'altro, la RSA quando la permanenza a casa non è più sostenibile.

Tra questi due estremi deve essere costruita una filiera molto più articolata:

Senior Living, Centri diurni, Assistenza domiciliare, RSA e Assistenza sanitaria nelle fasi di maggiore complessità.

Non si tratta di passaggi separati, ma di differenti livelli di un unico percorso, all'interno del quale la risposta deve evolvere insieme ai bisogni della persona.

Il Senior Living può ampliare le possibilità dell'abitare, offrendo alle persone ancora autonome o parzialmente autonome ambienti accessibili, servizi condivisi, tecnologie di sicurezza e opportunità di socializzazione.

I Centri diurni possono assumere una funzione più ampia di presidio territoriale della fragilità, integrando assistenza, riabilitazione, stimolazione cognitiva, socializzazione e supporto alle famiglie.

L’assistenza domiciliare deve evolvere da sommatoria di singole prestazioni a modello multidisciplinare e tecnologicamente supportato, capace di integrare competenze sanitarie, sociosanitarie e sociali intorno alla persona.

La RSA, infine, deve essere pienamente inserita in questa filiera: non soltanto luogo della residenzialità permanente, ma nodo specializzato della rete territoriale, capace, ove possibile, di mettere competenze, professionalità e servizi anche a disposizione delle persone che vivono al domicilio e dei loro caregiver.

Una nuova politica degli investimenti

La costruzione di questa filiera richiede nuovi modelli organizzativi, ma anche una nuova capacità di investimento.

Nei prossimi anni sarà necessario intervenire sul patrimonio immobiliare, sviluppare nuove soluzioni di Senior Living, potenziare i Centri diurni e l’assistenza domiciliare, modernizzare le RSA, investire nella digitalizzazione, nella telemedicina e nelle tecnologie assistenziali.

La dimensione della trasformazione demografica rende necessario mobilitare in maniera complementare risorse pubbliche e capitali privati, all’interno di una programmazione regionale chiara, stabile e orientata al lungo periodo.

La Silver Economy deve essere considerata, in questa prospettiva, non soltanto un mercato generato dalla crescita della popolazione anziana, ma un ecosistema nel quale welfare, innovazione, ricerca, capacità imprenditoriale e investimenti possono concorrere alla costruzione di nuovi servizi e nuove infrastrutture per la longevità.

Riformare le RSA dentro la nuova filiera

All’interno di questa visione assume un significato diverso anche la riforma delle Residenze Sanitarie Assistenziali.

Le RSA costituiscono una componente essenziale della Long Term Care e sono chiamate ad assistere persone caratterizzate da livelli di complessità clinica e assistenziale sempre più importanti.

L’attuale disciplina regionale ha garantito negli anni standard omogenei di assistenza, ma il mutato quadro demografico, epidemiologico, professionale e tecnologico rende oggi necessario aggiornare il modello.

La revisione della normativa vigente non deve pertanto essere considerata un intervento isolato, ma uno degli strumenti necessari per consentire alle RSA di evolvere insieme all’intera rete della longevità.

La proposta di Confindustria Piemonte si fonda sul passaggio da un sistema prevalentemente prescrittivo, basato sulla rigidità degli input organizzativi, a un modello di autonomia responsabile, nel quale una maggiore flessibilità nell'utilizzo delle risorse sia accompagnata da una maggiore responsabilizzazione rispetto alla qualità, alla sicurezza e agli esiti dell'assistenza.

Le principali proposte per il nuovo modello organizzativo

Su queste basi si propone una revisione organica del modello delle RSA piemontesi attraverso alcuni interventi prioritari:

- introduzione di un minutaggio settimanale unico, riferito al fabbisogno assistenziale complessivo dell'ospite;
- previsione di una flessibilità organizzativa fino al 25% dei servizi sanitari e tutelari, all'interno di modelli formalizzati e verificabili;
- semplificazione delle attuali sei fasce assistenziali attraverso tre livelli di intensità;
- organizzazione delle professionalità per macroaree e rafforzamento del lavoro multidisciplinare;
- valorizzazione dell'OSS e introduzione di nuove figure, quali Assistente Infermiere e Ausiliario dell'assistenza, con una più appropriata distribuzione delle attività;
- possibilità di integrare ulteriori professionalità sanitarie, riabilitative, educative e sociali sulla base dei bisogni degli ospiti;
- riconoscimento della tecnologia come componente del modello organizzativo, attraverso telemedicina, sensoristica, sistemi di monitoraggio, digitalizzazione e soluzioni innovative;
- introduzione della figura del Responsabile Sanitario di struttura e rafforzamento del rapporto con il Medico di Medicina Generale;
- maggiore integrazione strutturale delle RSA con Distretti, Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali e Ospedali di Comunità;
- aggiornamento degli standard organizzativi e verifica della sostenibilità economica del nuovo modello.

L'obiettivo non è ridurre l'assistenza, ma utilizzare in maniera più appropriata professionalità, organizzazione e tecnologia per aumentare il tempo e le risorse effettivamente dedicate alla persona.

Un passaggio delicato: dalla RSA all'ospedale e ritorno

Particolare attenzione deve essere dedicata alle fasi di instabilità clinica dell'ospite.

Il trasferimento di una persona anziana fragile dalla RSA al Pronto Soccorso rappresenta un momento particolarmente delicato. L'ospedale per acuti rimane indispensabile quando le condizioni cliniche lo richiedono, ma il Pronto Soccorso non dovrebbe rappresentare automaticamente l'unica risposta disponibile a ogni aggravamento.

Lo sviluppo degli Ospedali di Comunità offre l'opportunità di costruire percorsi maggiormente appropriati, individuando con chiarezza le condizioni gestibili direttamente nella RSA con il supporto della medicina territoriale, quelle che possono trovare risposta in un setting intermedio e quelle che richiedono l'ospedale per acuti.

La stessa attenzione deve riguardare il percorso inverso, attraverso dimissioni protette e programmate che garantiscano continuità clinica, terapeutica e informativa nel rientro dell'ospite.

L'obiettivo è costruire una rete nella quale sia la persona a muoversi il meno possibile e siano i servizi a organizzarsi intorno ai suoi bisogni.

Le esperienze europee e il "Modello Piemonte"

Il confronto con alcuni dei sistemi europei più evoluti conferma la direzione proposta.

Danimarca, Paesi Bassi, Francia, Svezia e Germania, pur attraverso modelli profondamente differenti, mostrano alcune tendenze comuni: sostegno all'ageing in place, sviluppo di soluzioni intermedie tra domicilio e residenzialità, apertura delle strutture al territorio, integrazione tra servizi sanitari e sociali, utilizzo delle tecnologie e attenzione alla sostenibilità finanziaria della Long Term Care. Interessante è l'evoluzione francese verso strutture residenziali capaci di mettere competenze e servizi a disposizione del territorio, così come le esperienze nord-europee di domiciliarità, riabilitazione, abitare assistito e servizi temporanei.

Non si tratta di importare modelli costruiti in contesti differenti, ma di utilizzarne i principi per costruire un "Modello Piemonte della Longevità" coerente con le caratteristiche demografiche, territoriali e sociosanitarie della Regione.

Una scelta strategica per il Piemonte

La sfida posta dall'invecchiamento non riguarda soltanto la sanità e non può essere affrontata attraverso un singolo provvedimento.

Richiede una politica capace di integrare welfare, sanità, abitare, innovazione, tecnologia e investimenti; di valorizzare il contributo delle imprese e delle professionalità; di sostenere le famiglie e i caregiver; di accompagnare la persona attraverso risposte differenti nelle diverse fasi della vita.

Con questo documento si propone quindi di compiere un passaggio ulteriore: dalla riforma delle RSA alla costruzione di una politica regionale della longevità, all'interno della quale la residenzialità sociosanitaria costituisce un elemento fondamentale, ma non isolato.

L'obiettivo è costruire un sistema nel quale si possa vivere autonomamente il più a lungo possibile, essere assistiti al domicilio quando necessario, accedere a servizi intermedi quando la fragilità aumenta e trovare nella RSA una risposta qualificata e integrata quando la non autosufficienza richiede una presa in carico residenziale.

Una politica della longevità così concepita può rappresentare non soltanto una risposta a un bisogno crescente, ma una scelta strategica per il futuro del Piemonte: un'opportunità per innovare il welfare, attrarre investimenti, sviluppare nuove professionalità e costruire un sistema sociosanitario più sostenibile, integrato e vicino alle persone.

PARTE I

Accompagnare la longevità: una nuova filiera per l'invecchiamento

1. Dalla gestione della non autosufficienza alla politica della longevità

L'allungamento della vita rappresenta una delle maggiori conquiste della società contemporanea, ma impone al tempo stesso un cambiamento culturale nel modo in cui vengono pensati l'invecchiamento, l'assistenza e la non autosufficienza.

Per troppo tempo le politiche dedicate alla popolazione anziana sono state costruite prevalentemente attorno al momento nel quale la persona perde la propria autonomia e manifesta un bisogno assistenziale strutturato. La crescita della longevità richiede oggi di anticipare questa prospettiva.

Occorre accompagnare la persona lungo l'intero percorso dell'invecchiamento, attraverso servizi, infrastrutture e modelli organizzativi differenti, capaci di adattarsi progressivamente all'evoluzione delle condizioni individuali.

Non esiste infatti una separazione netta tra anziano autonomo e anziano non autosufficiente. Esiste piuttosto un continuum nel quale autonomia, fragilità e bisogno assistenziale possono modificarsi nel tempo e richiedere risposte differenti.

In questa prospettiva, la politica della longevità deve costruire una vera filiera dell'invecchiamento, nella quale prevenzione, abitare, socialità, assistenza domiciliare, servizi semiresidenziali e residenzialità siano parti di un unico sistema.

L'obiettivo non è accompagnare più rapidamente la persona verso una struttura residenziale, ma esattamente il contrario: preservare il più a lungo possibile autonomia, qualità della vita e capacità di scelta, garantendo al tempo stesso risposte assistenziali progressivamente più strutturate quando queste diventano necessarie.

2. Una nuova filiera dell'invecchiamento

Il sistema piemontese dovrà evolvere verso un modello nel quale la persona possa trovare risposte differenti nelle diverse fasi della propria vita: abitare autonomo e Senior Living → servizi di comunità e Centri diurni → assistenza domiciliare → residenzialità sociosanitaria → assistenza sanitaria nelle fasi di maggiore complessità.

Non si tratta di costruire compartimenti separati, ma di realizzare una rete nella quale sia possibile passare da un livello all'altro senza interruzioni nella presa in carico.

La vera innovazione consiste quindi nel superamento di una concezione binaria – domicilio oppure RSA – per costruire una pluralità di soluzioni intermedie.

Questo cambiamento richiede nuovi modelli organizzativi, ma anche una nuova politica degli investimenti. La crescita della popolazione anziana genererà infatti una domanda crescente di infrastrutture, servizi, tecnologie e professionalità dedicate alla longevità.

La risposta non dovrà gravare esclusivamente sulla finanza pubblica né essere affidata esclusivamente alle capacità delle famiglie. Sarà necessario costruire condizioni favorevoli alla mobilitazione congiunta di investimenti pubblici e privati, all'interno di un quadro di programmazione regionale chiaro e stabile.

3. Senior Living: ripensare l'abitare nella longevità

Il primo livello di questa nuova filiera riguarda l'abitare.

Tra l'abitazione tradizionale e la RSA esiste oggi uno spazio che il sistema italiano ha sviluppato solo parzialmente e che potrebbe assumere un'importanza crescente nei prossimi anni.

Il Senior Living può offrire una risposta alle persone ancora autonome o parzialmente autonome che desiderano mantenere la propria indipendenza vivendo però in ambienti progettati per accompagnare l'invecchiamento.

Non si tratta di strutture sanitarie, ma di nuovi modelli abitativi caratterizzati da appartamenti accessibili, spazi comuni, servizi condivisi, tecnologie di sicurezza, possibilità di assistenza modulabile e opportunità di socializzazione.

La dimensione abitativa assume così anche una funzione preventiva.

Un ambiente adeguatamente progettato può ridurre il rischio di cadute, contrastare l'isolamento sociale, facilitare la mobilità e consentire alla persona di mantenere più a lungo la propria autonomia.

Il Senior Living rappresenta inoltre un ambito nel quale possono convergere importanti investimenti privati – immobiliari, assicurativi, tecnologici e sociosanitari – accompagnati da politiche pubbliche capaci di favorire la rigenerazione urbana, il recupero del patrimonio immobiliare e lo sviluppo di nuove forme dell'abitare.

Il Piemonte potrebbe promuovere sperimentazioni territoriali di Senior Living, favorendo anche la riconversione di immobili esistenti e la nascita di partenariati

tra operatori immobiliari, gestori sociosanitari, fondazioni, sistema finanziario e amministrazioni locali.

4. I Centri diurni: un'infrastruttura di prossimità ancora da valorizzare

Un secondo livello fondamentale è rappresentato dai Centri diurni.

Essi possono svolgere una funzione molto più ampia rispetto a quella tradizionalmente attribuita loro, diventando veri presidi territoriali dedicati alla fragilità e alla longevità.

Il Centro diurno può consentire alla persona anziana di continuare a vivere nella propria abitazione, ricevendo durante la giornata assistenza, attività riabilitative, stimolazione cognitiva, socializzazione e monitoraggio delle condizioni di salute.

Al tempo stesso rappresenta un importante strumento di sostegno alla famiglia e al caregiver, contribuendo a rendere sostenibile la permanenza al domicilio.

In prospettiva, i Centri diurni, anche presenti nelle RSA, potrebbero evolvere verso strutture maggiormente flessibili, con servizi modulabili per intensità e frequenza e una maggiore integrazione con assistenza domiciliare e medicina territoriale.

Potrebbero inoltre diventare luoghi nei quali concentrare attività di prevenzione della fragilità, fisioterapia, supporto nutrizionale, stimolazione cognitiva, telemedicina e formazione dei caregiver.

La loro diffusione territoriale consentirebbe di costruire una rete intermedia tra domicilio e residenzialità, riducendo il rischio che l'ingresso in RSA rappresenti l'unica risposta disponibile quando la gestione familiare diventa più complessa.

5. Assistenza domiciliare: portare i servizi dove vive la persona

Il domicilio deve rappresentare, quando le condizioni della persona e della famiglia lo consentono, il luogo privilegiato nel quale accompagnare l'invecchiamento.

Perché ciò sia realmente possibile, tuttavia, non è sufficiente aumentare quantitativamente le ore di assistenza domiciliare. È necessario ripensarne il modello organizzativo.

L'assistenza domiciliare del futuro dovrà essere multidisciplinare, flessibile e tecnologicamente supportata, integrando competenze sanitarie, sociosanitarie e sociali.

Infermieristica domiciliare, fisioterapia, assistenza tutelare, telemedicina, monitoraggio remoto, consegna e gestione dei farmaci, supporto nutrizionale e

servizi sociali dovrebbero poter essere combinati sulla base delle condizioni individuali.

In questa prospettiva, anche le RSA potrebbero svolgere un ruolo nuovo anche con l'ottimizzazione delle proprie risorse umane evitando duplicazione nei servizi all'anziano.

Le competenze e le professionalità presenti nelle strutture potrebbero essere utilizzate non soltanto per gli ospiti residenti, ma progressivamente messe a disposizione del territorio, trasformando alcune RSA in hub di servizi per la longevità e la non autosufficienza.

La stessa organizzazione potrebbe così accompagnare la persona al domicilio, accoglierla temporaneamente in un Centro diurno o in servizi di sollievo e, quando necessario, garantirne la presa in carico residenziale.

6. Le RSA all'interno di una nuova rete della longevità

In questa prospettiva cambia anche il significato della residenzialità.

La RSA rimane un presidio fondamentale per le persone con livelli elevati di non autosufficienza e complessità assistenziale, ma cessa di essere considerata un sistema separato rispetto alle altre componenti della rete.

La struttura residenziale diventa uno dei nodi di una filiera più ampia e può mettere a disposizione del territorio competenze, tecnologie e servizi.

Questo approccio consente anche di superare progressivamente la tradizionale contrapposizione tra domiciliarità e residenzialità.

Non si tratta di scegliere quale delle due debba prevalere, ma di costruire un sistema nel quale la risposta possa cambiare insieme alla persona.

Ed è proprio perché alla RSA viene riconosciuta questa funzione strategica che diventa necessario aggiornarne profondamente il modello organizzativo. La revisione della normativa vigente, oggetto della seconda parte del presente Position Paper, deve essere letta all'interno di questo più ampio processo di trasformazione.

7. Il momento più delicato: quando aumenta il bisogno sanitario

All'interno del percorso della non autosufficienza esiste una fase particolarmente delicata: il momento in cui l'ospite della RSA presenta un aggravamento delle proprie condizioni cliniche e necessita di una valutazione o di un'assistenza sanitaria più intensa.

Oggi il ricorso al Pronto Soccorso rappresenta frequentemente la risposta disponibile anche per situazioni che potrebbero, in presenza di percorsi organizzativi differenti, trovare una gestione più appropriata.

Il trasferimento dell'anziano fragile dalla RSA al Pronto Soccorso costituisce un momento particolarmente critico. Il cambiamento di ambiente, le attese, la frammentazione delle informazioni cliniche e il successivo rientro in struttura possono determinare conseguenze rilevanti per persone caratterizzate da elevata fragilità, multimorbilità o decadimento cognitivo.

La questione non deve quindi essere affrontata esclusivamente nell'ottica della riduzione degli accessi al Pronto Soccorso, ma soprattutto in quella dell'appropriatezza del percorso assistenziale.

Occorre chiedersi quali prestazioni possano essere erogate direttamente nella RSA, quali possano essere supportate dalla medicina territoriale e dalla telemedicina e quali richiedano effettivamente il trasferimento verso una struttura sanitaria.

8. Un nuovo percorso tra RSA, Pronto Soccorso e Ospedali di Comunità

Lo sviluppo degli Ospedali di Comunità offre l'opportunità di ripensare questa fase della presa in carico.

Gli Ospedali di Comunità possono rappresentare, per determinate condizioni cliniche, un livello intermedio tra assistenza territoriale e ospedale per acuti, evitando che il Pronto Soccorso diventi necessariamente il punto di passaggio per ogni variazione significativa delle condizioni dell'ospite.

È quindi opportuno costruire protocolli condivisi tra RSA, servizi territoriali, Ospedali di Comunità e ospedali, definendo con chiarezza i differenti percorsi possibili.

La presa in carico dovrebbe essere bidirezionale.

Dalla RSA verso il sistema sanitario, attraverso percorsi che consentano di individuare il setting più appropriato in relazione alle condizioni della persona, evitando, ove possibile, trasferimenti non necessari.

Dall'ospedale verso la RSA, attraverso dimissioni protette e programmate, garantendo che la struttura riceva tempestivamente tutte le informazioni cliniche necessarie e possa predisporre l'assistenza prima del rientro dell'ospite.

Particolare attenzione dovrebbe essere dedicata anche alle persone che, dopo un ricovero ospedaliero, non necessitano più di cure per acuti ma non sono ancora nelle condizioni di rientrare immediatamente al domicilio o nella struttura

di provenienza. In questi casi gli Ospedali di Comunità possono assumere una funzione importante di continuità assistenziale e stabilizzazione.

L'obiettivo deve essere costruire un percorso nel quale sia la persona a muoversi il meno possibile e siano invece i servizi a organizzarsi attorno ai suoi bisogni.

Un ulteriore elemento di continuità potrebbe essere rappresentato dalla realizzazione di una **"**Tessera Argento", intesa non necessariamente come nuovo supporto fisico, ma come strumento digitale immediatamente accessibile agli operatori autorizzati e capace di accompagnare la persona anziana nei passaggi tra i diversi passaggi assistenziali. La Tessera dovrebbe rendere disponibili, in forma sintetica e aggiornata, le informazioni essenziali relative alla storia sanitaria e assistenziale della persona: patologie pregresse e in corso, terapie farmacologiche, allergie, precedenti ricoveri, condizioni cognitive e funzionali, eventuali fragilità specifiche, dispositivi utilizzati, informazioni rilevanti contenute nel Piano Assistenziale Individualizzato e riferimenti dei professionisti e delle strutture che ne hanno in carico l'assistenza. La Tessera potrebbe diventare una sorta di "passaporto della longevità e della fragilità", operabile con gli strumenti informativi sanitari già esistenti e utilizzabile, nel rispetto della normativa sulla protezione dei dati personali, nei passaggi tra domicilio, Centro diurno, RSA, Ospedale di Comunità, Pronto Soccorso e ospedale. La disponibilità immediata di uno storico essenziale e affidabile permetterebbe al professionista che prende in carico la persona di conoscere rapidamente il suo quadro complessivo, riducendo la frammentazione delle informazioni, la ripetizione di accertamenti non necessari e il rischio di discontinuità terapeutiche. Al momento della dimissione, lo stesso strumento potrebbe essere aggiornato con le informazioni relative all'evento acuto e alle nuove indicazioni assistenziali, facendo sì che non sia ogni volta la storia della persona a dover essere ricostruita, ma sia la sua storia a seguirla lungo l'intera filiera della longevità.

9. Una nuova politica degli investimenti per la longevità

Una trasformazione di questa portata richiede risorse.

La longevità deve quindi entrare a pieno titolo anche nelle politiche regionali degli investimenti.

Nei prossimi anni sarà necessario investire nella riconversione e modernizzazione delle RSA, ma contemporaneamente nello sviluppo del Senior Living, dei Centri diurni, dell'assistenza domiciliare, delle tecnologie per la sicurezza e il monitoraggio e delle infrastrutture territoriali.

La dimensione della sfida rende necessario mobilitare insieme risorse pubbliche e capitali privati.

La programmazione pubblica deve definire obiettivi, standard di qualità e priorità territoriali, creando al contempo un quadro stabile che consenta agli operatori privati di programmare investimenti di lungo periodo.

Fondi immobiliari, investitori istituzionali, fondazioni, sistema bancario e assicurativo, imprese tecnologiche e gestori sociosanitari possono contribuire allo sviluppo di nuove infrastrutture e nuovi servizi, all'interno di una strategia regionale coerente.

Nell'ambito della nuova politica degli investimenti sarà necessario avviare una ricognizione del patrimonio immobiliare sociosanitario pubblico, valutando, caso per caso, forme di valorizzazione, concessione, partenariato o eventuale dismissione degli immobili destinati a RSA che possano essere più efficacemente gestiti attraverso operatori specializzati. Eventuali operazioni di valorizzazione dovrebbero essere accompagnate da adeguati vincoli di destinazione sociosanitaria e da impegni di investimento, ammodernamento ed efficientamento delle strutture. Le risorse così generate potrebbero essere prioritariamente reinvestite nella stessa filiera della longevità, contribuendo all'incremento delle quote sanitarie, alla riduzione delle liste di attesa e al sostegno degli investimenti in innovazione e tecnologia.

La Silver Economy non deve essere interpretata esclusivamente come un mercato legato alla crescita della popolazione anziana, ma come un ecosistema nel quale innovazione sociale, investimenti, servizi, ricerca e nuove professionalità possono concorrere alla costruzione di un nuovo modello di welfare.

10. Il Piano Casa come opportunità per le infrastrutture della longevità

In questa prospettiva, appare opportuno valutare anche le opportunità che potranno derivare dal Piano Casa Italia, verificando la possibilità di ricomprendere, nell’ambito dei suoi strumenti attuativi e delle future programmazioni, interventi specificamente rivolti alla popolazione anziana. La crescente domanda di Senior Living, abitazioni accessibili e protette e nuove soluzioni residenziali intermedie tra domicilio e RSA può infatti essere letta anche come una componente delle nuove politiche dell’abitare. Il Piano Casa Italia attribuisce attenzione alla sperimentazione di nuovi modelli abitativi, all’edilizia sociale, al recupero e alla riqualificazione del patrimonio esistente e alla promozione di forme di partenariato pubblico-privato: elementi che presentano potenziali punti di convergenza con la costruzione di una politica della longevità.

Il Piemonte potrebbe proporsi come territorio di sperimentazione, promuovendo, con l’intesa tra il pubblico ed i privati, progetti nei quali le politiche abitative vengano integrate con quelle sociosanitarie. Il recupero di immobili pubblici o privati inutilizzati, la rigenerazione di complessi esistenti e la realizzazione di

nuovi modelli di housing potrebbero essere orientati anche verso Senior Living, residenzialità leggera, appartamenti protetti e spazi integrati con Centri diurni e servizi di prossimità. In questo modo le risorse destinate alle politiche della casa potrebbero contribuire, laddove il quadro attuativo lo consentirà, alla costruzione delle infrastrutture della longevità, facendo leva su investimenti pubblici e privati e trasformando contemporaneamente una sfida demografica in un'opportunità di rigenerazione urbana e innovazione sociale.

11. Un cambiamento culturale

La sfida della longevità non può essere affrontata soltanto attraverso nuove norme. Richiede soprattutto un cambiamento culturale.

Occorre superare l'idea secondo cui l'invecchiamento sia prevalentemente una fase di progressiva perdita di autonomia alla quale il sistema deve rispondere aumentando l'intensità dell'assistenza.

Una società longeva deve invece investire sulla capacità delle persone di mantenere autonomia, relazioni e partecipazione, predisponendo contemporaneamente una rete capace di accompagnarle quando la fragilità aumenta.

Senior Living, Centri diurni, assistenza domiciliare e RSA non sono quindi servizi alternativi tra loro. Sono differenti componenti di uno stesso percorso.

Allo stesso modo, sanità e assistenza sociale, pubblico e privato, innovazione tecnologica e relazione umana non devono essere considerati mondi separati, ma parti di un sistema integrato.

La proposta parte da questa visione.

Non soltanto riformare le RSA, ma costruire una politica piemontese della longevità.

Una politica capace di accompagnare la persona nel tempo, offrendo la risposta giusta nel momento giusto e nel luogo più appropriato; di utilizzare in maniera più efficace le risorse pubbliche; di attrarre investimenti privati; di valorizzare le competenze del sistema sociosanitario e industriale piemontese; e, soprattutto, di riconoscere alla persona anziana il diritto di continuare a scegliere, per quanto possibile, come e dove vivere.

È all'interno di questa visione che deve essere collocata la riforma del sistema delle Residenze Sanitarie Assistenziali sviluppata nelle pagine successive.

PARTE II

Riformare le RSA dentro la nuova filiera della longevità

1. Dalla filiera della longevità alla riforma della residenzialità

La costruzione di una nuova politica della longevità, delineata nella Parte I, modifica anche il ruolo che le Residenze Sanitarie Assistenziali sono chiamate a svolgere.

Senior Living, Centri diurni, assistenza domiciliare, servizi territoriali e RSA non devono più essere considerati come ambiti separati, ma come differenti livelli di una medesima rete, capace di accompagnare la persona nel progressivo mutamento dei propri bisogni.

In questa prospettiva, la RSA continua a rappresentare il setting appropriato per le persone caratterizzate da livelli elevati di non autosufficienza e complessità assistenziale, ma assume contemporaneamente una funzione più ampia all'interno della rete territoriale.

Le competenze professionali, le infrastrutture e le capacità organizzative presenti nelle strutture possono infatti contribuire anche alla costruzione di servizi rivolti all'esterno, favorendo forme di assistenza domiciliare, semiresidenzialità, servizi temporanei, supporto ai caregiver e continuità assistenziale.

La riforma della normativa vigente deve quindi essere collocata all'interno di questa trasformazione.

Non si tratta soltanto di aggiornare requisiti e minutaggi, ma di costruire le condizioni affinché le RSA possano evolvere insieme al sistema della Long Term Care piemontese.

L'obiettivo della riforma non consiste nella riduzione degli standard assistenziali, bensì nel passaggio da un modello prevalentemente prescrittivo e fondato sugli input a un modello maggiormente orientato ai bisogni della persona, alla qualità delle cure, alla responsabilizzazione organizzativa e alla valutazione dei risultati.

2. Dal minutaggio al fabbisogno assistenziale

L'attuale sistema individua i requisiti organizzativi delle RSA principalmente attraverso il minutaggio attribuito alle singole figure professionali.

Questo modello ha rappresentato nel tempo uno strumento utile per garantire uniformità e verificabilità degli standard. La crescente complessità degli ospiti, l'evoluzione delle professionalità e la disponibilità di nuove soluzioni organizzative e tecnologiche ne evidenziano tuttavia alcuni limiti.

Se, come indicato nella Parte I, il principio guida deve essere quello di offrire alla persona la risposta appropriata rispetto al bisogno effettivo, lo stesso principio deve trovare applicazione anche all'interno della RSA.

Si propone quindi l'introduzione di un minutaggio settimanale unico, comprensivo delle professionalità sanitarie, assistenziali e socioeducative che concorrono alla realizzazione del progetto assistenziale.

Il passaggio non comporta una riduzione dell'assistenza, ma una diversa modalità di organizzarla: maggiormente orientata alla persona e capace di adattare l'impiego delle risorse alla reale composizione dei bisogni presenti nella struttura.

3. Una flessibilità organizzativa regolata

Un sistema costruito attorno alla persona richiede una maggiore capacità di adattamento organizzativo.

Per questa ragione si propone di introdurre, all'interno del minutaggio complessivo, una flessibilità fino al 25% dei servizi sanitari e tutelari, utilizzabile in funzione della complessità degli ospiti, delle caratteristiche della struttura e del modello assistenziale adottato.

Flessibilità non significa deregolamentazione.

La struttura deve esplicitare il proprio modello organizzativo, la composizione delle équipe, la distribuzione delle professionalità e gli eventuali strumenti tecnologici utilizzati. Tale modello deve essere verificabile e coerente con i livelli assistenziali richiesti.

Si tratta quindi di passare progressivamente da una logica fondata prevalentemente sul rispetto formale degli input a una logica di autonomia responsabile, nella quale alla maggiore flessibilità organizzativa corrisponde una maggiore responsabilità rispetto alla qualità e agli esiti dell'assistenza.

Questo principio appare particolarmente coerente con la nuova filiera della longevità: servizi differenti e bisogni differenti richiedono infatti modelli organizzativi capaci di adattarsi, pur all'interno di standard comuni definiti dalla programmazione regionale.

4. Semplificare le fasce assistenziali

La crescente complessità degli ospiti rende necessario rivedere anche il sistema di classificazione.

L'attuale articolazione in sei fasce assistenziali determina una frammentazione che non sempre corrisponde alla reale distribuzione dei bisogni osservabili nelle strutture e può rendere più complessa la programmazione delle risorse.

Confindustria Piemonte propone pertanto una semplificazione attraverso tre livelli:

- Fascia A – alta intensità assistenziale, derivante dall'accorpamento delle attuali fasce alta e alta incrementata;
- Fascia B – medio-alta intensità assistenziale, corrispondente all'attuale fascia medio-alta;
- Fascia C – bassa-media intensità assistenziale, derivante dall'accorpamento delle attuali fasce bassa, medio-bassa e media.

La semplificazione consentirebbe di mantenere una chiara differenziazione dei livelli assistenziali, riducendo al contempo la frammentazione organizzativa e facilitando l'allocazione delle risorse.

Essa permetterebbe inoltre di collocare con maggiore chiarezza la RSA all'interno del continuum delineato nella Parte I, distinguendo i bisogni che possono trovare risposta attraverso domicilio, Centri diurni o forme intermedie di residenzialità da quelli che richiedono una vera presa in carico sociosanitaria residenziale.

5. Ripensare le professionalità e costruire équipe integrate

La nuova RSA deve essere caratterizzata da un modello realmente multidisciplinare.

La complessità degli ospiti richiede infatti l'integrazione di competenze sanitarie, assistenziali, riabilitative, psicologiche, educative e sociali.

L'équipe non dovrebbe pertanto essere definita esclusivamente attraverso una rigida sommatoria di figure professionali, ma costruita in funzione delle caratteristiche degli ospiti e del progetto assistenziale della struttura, nel pieno rispetto delle competenze e delle responsabilità previste per ciascuna professione.

Accanto a infermieri, fisioterapisti, psicologi e OSS, il modello può valorizzare ulteriori professionalità specialistiche – quali podologi, logopedisti, dietisti e altre figure funzionali alla presa in carico – sulla base delle esigenze dell'utenza.

Particolare attenzione deve inoltre essere dedicata all'evoluzione delle figure assistenziali.

La proposta prevede il riconoscimento dell'Assistente Infermiere, quale OSS dotato di specifica formazione e con funzioni di supporto all'attività infermieristica nei limiti previsti dalla normativa, nonché dell'Ausiliario dell'assistenza, cui possono essere affidate attività alberghiere, logistiche e organizzative oggi frequentemente svolte dagli OSS.

L'obiettivo è liberare tempo qualificato da destinare all'assistenza diretta alla persona, valorizzando ciascuna professionalità per le competenze che le sono proprie.

In questo quadro assumono particolare importanza anche percorsi formativi che consentano agli Ausiliari dell'assistenza di accedere progressivamente alla qualifica di OSS, creando opportunità di crescita professionale e contribuendo a rispondere alla carenza di personale.

6. Tecnologia: liberare tempo per la cura

La tecnologia rappresenta uno degli elementi trasversali della nuova filiera della longevità. Nelle RSA essa assume una funzione particolarmente rilevante.

Sistemi di dispensazione farmaceutica in monodose, monitoraggio non invasivo, sensoristica, telemedicina, cartelle sociosanitarie digitali e soluzioni basate sull'intelligenza artificiale possono contribuire a ridurre attività ripetitive, migliorare la sicurezza e individuare precocemente situazioni di rischio.

Il principio deve essere chiaro: la tecnologia non sostituisce la relazione di cura, ma deve contribuire a restituire tempo alla relazione di cura.

La normativa regionale dovrebbe pertanto riconoscere l'innovazione tecnologica come componente effettiva del modello organizzativo della struttura, purché adottata secondo procedure formalizzate, verificabili e coerenti con il progetto assistenziale.

Questo riconoscimento avrebbe anche un'importante ricaduta sul piano degli investimenti richiamato nella Parte I: creare un quadro regolatorio favorevole all'innovazione significa rendere possibile e conveniente per i gestori investire nella modernizzazione delle strutture.

7. La RSA come nodo della sanità territoriale

L'integrazione delineata nella Parte I deve trovare concreta applicazione anche nei rapporti tra RSA e sistema sanitario.

La crescente complessità sanitaria degli ospiti rende infatti sempre meno sostenibile una separazione netta tra residenzialità sociosanitaria e sanità territoriale.

La RSA deve essere pienamente inserita nella rete che comprende Medici di Medicina Generale, Aggregazioni Funzionali Territoriali, Distretti, Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali e Ospedali di Comunità.

In questo quadro si propone di sostituire, nei casi previsti, l'attuale figura del Direttore sanitario con quella del Responsabile Sanitario di struttura, quale

riferimento per il coordinamento dell'équipe sanitaria, la supervisione dei percorsi assistenziali e il raccordo con i servizi territoriali.

Parallelamente, appare opportuno estendere l'assistenza del Medico di Medicina Generale a tutti gli ospiti della RSA, indipendentemente dalla tipologia di posto letto o dal regime di inserimento.

L'obiettivo è garantire maggiore continuità clinica e ridurre le discontinuità che ancora caratterizzano il passaggio tra i diversi setting assistenziali.

8. RSA, Pronto Soccorso e Ospedali di Comunità: costruire percorsi appropriati

Il tema assume particolare rilevanza nei momenti di instabilità clinica dell'ospite.

Come evidenziato nella Parte I, il trasferimento di una persona anziana fragile dalla RSA al Pronto Soccorso può rappresentare un passaggio particolarmente critico e non dovrebbe costituire automaticamente l'unica risposta disponibile a ogni aggravamento delle condizioni.

La riforma deve quindi favorire la costruzione di percorsi condivisi tra RSA e rete sanitaria territoriale e ospedaliera, capaci di individuare il setting appropriato sulla base della situazione clinica.

Una prima linea di intervento riguarda il rafforzamento della capacità di risposta direttamente all'interno della RSA, attraverso maggiore integrazione con servizi territoriali, teleconsulto e telemedicina.

Una seconda riguarda la possibilità di utilizzare, nei casi appropriati, gli Ospedali di Comunità come setting intermedio per situazioni che necessitano di assistenza sanitaria e monitoraggio ma non richiedono necessariamente un ricovero ospedaliero per acuti.

Una terza riguarda il rapporto con il Pronto Soccorso e l'ospedale, che deve essere caratterizzato da percorsi dedicati e da un efficace trasferimento delle informazioni cliniche.

La stessa attenzione deve riguardare il percorso inverso.

Il rientro dell'ospite dall'ospedale alla RSA deve avvenire attraverso una dimissione protetta, con informazioni cliniche complete, terapia aggiornata, indicazioni assistenziali e adeguato coordinamento con la struttura.

La continuità assistenziale deve quindi essere considerata un processo bidirezionale:

RSA → Territorio/Ospedale di Comunità/Ospedale

e

Ospedale → Ospedale di Comunità/RSA.

In questa prospettiva, lo sviluppo degli Ospedali di Comunità eviterebbe sovrapposizioni tra servizi e chiarendo la funzione dei differenti livelli assistenziali.

9. Una RSA aperta al territorio

La nuova filiera delineata nella Parte I suggerisce infine un'evoluzione ulteriore.

La RSA può progressivamente mettere parte delle proprie competenze al servizio delle persone che vivono ancora al domicilio.

In funzione delle caratteristiche delle singole strutture e della programmazione territoriale, potrebbero essere sviluppati servizi quali:

- assistenza domiciliare;
- prestazioni infermieristiche e riabilitative;
- teleassistenza e telemonitoraggio;
- servizi semiresidenziali;
- attività diurne;
- ricoveri temporanei e di sollievo;
- supporto e formazione dei caregiver.

Non tutte le RSA dovranno necessariamente svolgere tutte queste funzioni. La programmazione regionale dovrebbe però consentire alle strutture che dispongono delle caratteristiche organizzative e professionali adeguate di evolvere verso veri hub territoriali della longevità.

Questo permetterebbe di utilizzare meglio infrastrutture e professionalità già disponibili e, soprattutto, di costruire quella continuità tra domicilio, semi residenzialità e residenzialità che costituisce uno dei principi fondamentali della nuova politica della longevità.

10. Adeguare gli standard organizzativi

Il nuovo modello richiede conseguentemente una revisione degli standard organizzativi.

La disciplina dovrebbe tenere conto della dimensione delle strutture, della composizione degli ospiti e della loro complessità assistenziale, evitando di applicare indistintamente requisiti organizzativi non sempre coerenti con le differenti realtà.

Tra gli interventi proposti rientrano:

- nuovi criteri per la copertura infermieristica;
- revisione dei requisiti dei responsabili di struttura;
- ridefinizione delle responsabilità organizzative e sanitarie;
- integrazione delle nuove professionalità;
- riconoscimento della tecnologia all'interno dei modelli organizzativi;
- maggiore integrazione con i servizi territoriali.

Nelle strutture caratterizzate da una significativa presenza di ospiti ad alta intensità assistenziale dovrà essere garantita un'adeguata continuità infermieristica, coerentemente con gli standard previsti dal nuovo modello.

11. Sostenibilità economica e capacità di investimento

La sostenibilità economica rappresenta una condizione necessaria per garantire qualità e continuità dell'assistenza.

La proposta prevede una rimodulazione dei minutaggi e delle figure professionali attraverso tre macroaree organizzative e l'introduzione della flessibilità regolata.

Le simulazioni elaborate sulla base dei dati disponibili indicano la possibilità di realizzare il nuovo modello mantenendo l'equilibrio economico complessivo e senza compromettere i livelli assistenziali.

Ma la sostenibilità non deve essere interpretata esclusivamente come equilibrio della gestione corrente.

Alla luce della strategia delineata nella Parte I, occorre creare anche le condizioni affinché le strutture possano investire.

Adeguamento degli immobili, digitalizzazione, tecnologie assistenziali, efficientamento energetico, nuovi servizi territoriali e formazione delle professionalità richiedono infatti investimenti pluriennali.

La programmazione regionale delle tariffe e degli standard deve quindi garantire un quadro sufficientemente stabile da consentire agli operatori di pianificare il futuro e di partecipare, insieme al settore pubblico, al processo di modernizzazione della rete.

12. Dalla riforma della DGR 45 a un nuovo modello di RSA

La revisione della normativa vigente rappresenta dunque uno strumento e non il punto di arrivo della riforma.

L'obiettivo è accompagnare il passaggio da una RSA prevalentemente definita attraverso requisiti, minutaggi e posti letto a una RSA valutata anche per la

propria capacità di rispondere ai bisogni delle persone e di integrarsi con il territorio.

Una struttura:

- più flessibile nell'organizzazione;
- più responsabilizzata sui risultati;
- maggiormente integrata con la sanità territoriale;
- aperta all'innovazione;
- capace di valorizzare le professionalità;
- collegata agli altri livelli della filiera della longevità;
- economicamente sostenibile e in grado di investire.

È questa la funzione che la residenzialità sociosanitaria può assumere all'interno della nuova politica piemontese della longevità delineata nel presente documento.

Riformare le RSA significa quindi non soltanto modificare le regole di funzionamento delle strutture, ma ripensarne il ruolo all'interno di un sistema che accompagna la persona lungo tutto il percorso dell'invecchiamento.

PARTE III

Le proposte per la revisione del modello organizzativo delle RSA

1. Dalla visione alla proposta organizzativa

La nuova filiera della longevità delineata nella Parte I e il conseguente ripensamento del ruolo delle RSA sviluppato nella Parte II richiedono un adeguamento concreto dell'attuale disciplina regionale.

La revisione della normativa vigente rappresenta, in questo quadro, uno degli strumenti attraverso i quali rendere possibile l'evoluzione del sistema.

La Commissione Sanità e Scienza della Vita di Confindustria Piemonte propone pertanto un intervento organico sul modello organizzativo delle RSA, finalizzato a introdurre maggiore flessibilità nella gestione delle risorse, semplificare la classificazione assistenziale, valorizzare le professionalità, favorire l'innovazione tecnologica e rafforzare l'integrazione con la rete sanitaria territoriale.

La proposta si fonda su un principio essenziale: alla maggiore autonomia organizzativa deve corrispondere una maggiore responsabilizzazione rispetto alla qualità, alla sicurezza e agli esiti dell'assistenza.

2. Riduzione delle fasce assistenziali da sei a tre

L'attuale classificazione articolata in sei fasce assistenziali appare eccessivamente frammentata rispetto alla distribuzione effettiva dei bisogni.

Si propone pertanto una semplificazione attraverso tre fasce:

Fascia A – alta intensità assistenziale

Accorpamento delle attuali fasce alta e alta incrementata.

Fascia B – medio-alta intensità assistenziale

Corrispondente all'attuale fascia medio-alta.

Fascia C – bassa-media intensità assistenziale

Accorpamento delle attuali fasce bassa, medio-bassa e media.

La nuova classificazione è costruita sulla base della distribuzione degli inserimenti UVG 2025 e consente di mantenere una differenziazione coerente con i livelli di bisogno, semplificando contemporaneamente la programmazione organizzativa.

3. Un nuovo modello di minutaggio assistenziale

L'attuale disciplina individua i fabbisogni assistenziali prevalentemente attraverso minutaggi riferiti alle singole figure professionali.

Si propone di evolvere tale impostazione introducendo un minutaggio settimanale unico, riferito al fabbisogno assistenziale complessivo dell'ospite e comprensivo delle professionalità sanitarie, assistenziali e socioeducative che concorrono alla realizzazione del progetto assistenziale.

Il minutaggio complessivo, da definire nel dettaglio, deve essere successivamente articolato per macroaree professionali, mantenendo gli standard complessivi di assistenza e introducendo margini di adattabilità organizzativa.

4. Flessibilità organizzativa fino al 25%

All'interno del nuovo modello si propone di consentire una flessibilità fino al 25% dei servizi sanitari e tutelari.

La flessibilità consente di modulare la distribuzione del tempo-operatore tra le diverse figure professionali sulla base:

- della composizione degli ospiti;
- della loro complessità assistenziale;
- del progetto assistenziale;
- delle caratteristiche organizzative della struttura;
- delle tecnologie effettivamente utilizzate.

La possibilità di rimodulazione deve essere inserita all'interno di un modello organizzativo formalizzato e verificabile dalla Regione e dagli enti competenti.

Non si propone pertanto una riduzione degli standard, bensì il passaggio da una prescrizione rigida delle modalità organizzative a un sistema di flessibilità regolata e responsabilizzata.

5. Tre macroaree organizzative

Il nuovo modello dovrebbe essere strutturato attraverso macroaree capaci di ricomprendere le differenti professionalità che concorrono alla presa in carico.

La prima riguarda la componente sanitaria, nella quale rientrano principalmente infermieri, fisioterapisti e psicologi, integrabili, sulla base delle esigenze degli ospiti, con ulteriori professionalità quali podologi, logopedisti, dietisti e altre figure specialistiche.

La seconda riguarda la componente assistenziale e socioeducativa, comprendente OSS, nuove figure assistenziali, educatori e professionalità dedicate all'animazione e alla socializzazione.

La terza riguarda i centri di responsabilità della struttura, con riferimento alle funzioni organizzative e sanitarie.

L'organizzazione per macroaree consente di preservare le specifiche competenze professionali introducendo, al tempo stesso, una maggiore capacità di adattamento dell'équipe alle effettive esigenze assistenziali.

6. Valorizzare e differenziare le professionalità

Uno degli obiettivi prioritari della riforma deve essere quello di utilizzare nel modo più appropriato le competenze disponibili.

L'OSS deve poter concentrare maggiormente il proprio tempo sull'assistenza diretta alla persona, evitando che una quota significativa dell'attività venga assorbita da mansioni alberghiere, logistiche o organizzative.

Si propone pertanto di riconoscere, accanto all'OSS:

l'Assistente Infermiere, quale OSS dotato della specifica formazione prevista e in grado di operare in raccordo con il personale infermieristico nei limiti delle competenze attribuite dalla normativa;

l'Ausiliario dell'assistenza, cui affidare prevalentemente attività alberghiere e logistiche oggi frequentemente svolte dagli OSS.

A titolo esemplificativo, possono rientrare tra queste attività la sanificazione degli ausili e delle camere, il rifacimento dei letti, la gestione della biancheria e l'allestimento degli spazi destinati ai pasti.

Per gli Ausiliari dell'assistenza dovrebbe inoltre essere prevista una corsia preferenziale di accesso alla formazione OSS, attraverso percorsi compatibili con l'attività lavorativa e completabili indicativamente entro 18-24 mesi.

7. Formazione e disponibilità delle professionalità

La carenza di personale, e in particolare di Operatori Socio Sanitari, rappresenta una delle principali criticità per la sostenibilità e lo sviluppo del sistema delle RSA e richiede un intervento strutturale anche sul versante dell'offerta formativa.

Ferma restando la funzione della Regione nella definizione degli standard formativi, dei programmi, dei requisiti e nella verifica delle competenze acquisite, appare opportuno ampliare la capacità del sistema di formazione, favorendo l'attivazione dei percorsi da parte dei soggetti accreditati e delle imprese, in collaborazione con gli enti formativi, sulla base dell'effettivo fabbisogno occupazionale espresso dal sistema sociosanitario.

Particolare attenzione potrebbe essere dedicata alla costruzione di percorsi rivolti a persone straniere regolarmente presenti sul territorio, integrando, ove necessario, formazione linguistica e professionale e favorendone l'inserimento qualificato nel mercato del lavoro. Analogamente, i meccanismi di sostegno pubblico alla formazione potrebbero essere maggiormente orientati ai risultati, valorizzando il completamento dei percorsi e l'effettivo conseguimento della qualifica.

La programmazione del fabbisogno deve riguardare anche le professioni sanitarie di livello universitario. Per i profili maggiormente carenti – infermieri, fisioterapisti, terapisti occupazionali e altre professionalità necessarie alla Long Term Care – appare opportuno rafforzare il confronto tra Regione, Università, sistema sanitario e operatori, affinché l'offerta formativa sia progressivamente adeguata all'evoluzione dei fabbisogni professionali del territorio.

In questo quadro potrebbe essere inoltre promosso il coinvolgimento di Fondazioni bancarie, imprese e altri soggetti privati nella realizzazione di borse

di studio e strumenti di incentivo rivolti ai percorsi formativi maggiormente interessati da carenza di personale.

La formazione deve essere considerata, pertanto, una componente strutturale della politica della longevità: non è possibile ampliare e qualificare i servizi, sviluppare la domiciliarità e innovare le RSA senza una programmazione altrettanto strutturale delle professionalità necessarie a sostenere questa trasformazione.

8. Ampliare e integrare le competenze dell'équipe

La difficoltà di reperimento di alcune professionalità richiede anche strumenti regolati di maggiore flessibilità.

In presenza di un'oggettiva e documentata impossibilità di reperire determinate figure professionali, dovrebbe essere consentito l'utilizzo di professionalità alternative compatibili con le attività da svolgere e integrate all'interno dell'équipe.

Analogamente, nell'ambito educativo e socioeducativo, possono essere valorizzati – secondo le rispettive competenze – educatori professionali sociosanitari e socio-pedagogici, terapisti occupazionali, tecnici della riabilitazione, professionisti dell'area psicologica, pedagogica e sociale.

L'obiettivo non è sostituire indiscriminatamente le professionalità, ma costruire équipe nelle quali competenze differenti possano concorrere in maniera integrata alla realizzazione del progetto assistenziale.

9. Riconoscere la tecnologia nel modello organizzativo

La tecnologia deve essere formalmente riconosciuta dalla disciplina regionale come componente del modello organizzativo delle RSA.

Sistemi di dispensazione farmaceutica in monodose, monitoraggio non invasivo, sensoristica, telemedicina, cartelle sociosanitarie digitali e altre soluzioni innovative possono aumentare la sicurezza, migliorare la continuità assistenziale e ridurre il tempo dedicato ad attività ripetitive, consentendo di valorizzare maggiormente le professionalità nelle attività a diretto contatto con la persona.

Tale possibilità deve essere subordinata alla dimostrazione che la soluzione adottata garantisca livelli di sicurezza ed efficacia almeno equivalenti e che il tempo professionale liberato venga valorizzato nelle attività a maggiore contenuto assistenziale e relazionale.

Accanto alla valorizzazione delle soluzioni innovative adottate dalle singole strutture, appare opportuno individuare progressivamente anche un livello minimo di infrastrutturazione digitale quale requisito del sistema di

accreditamento delle RSA. Non si tratta di rendere obbligatoria l'adozione di specifiche tecnologie, destinate peraltro a evolvere rapidamente, ma di definire requisiti funzionali minimi che garantiscano alle strutture la capacità di operare all'interno di una rete sociosanitaria sempre più integrata e digitale.

Tali requisiti potrebbero riguardare, in particolare, la connettività, la cartella sociosanitaria digitale, l'interoperabilità con il Fascicolo Sanitario Elettronico e con i sistemi informativi regionali, la possibilità di utilizzare strumenti di telemedicina e teleconsulto e la disponibilità di tecnologie essenziali per la sicurezza e il monitoraggio degli ospiti.

L'introduzione di questi requisiti dovrebbe avvenire in maniera graduale, prevedendo tempi di adeguamento compatibili con gli investimenti necessari e, ove possibile, strumenti regionali di accompagnamento e sostegno alla modernizzazione delle strutture.

Proprio la necessità di sostenere gli investimenti iniziali suggerisce di valutare l’istituzione di uno specifico strumento regionale per l’innovazione tecnologica delle RSA, destinato a favorire l’adozione di soluzioni di domotica, telemedicina, sensoristica, monitoraggio a distanza e tecnologie assistenziali. Tali strumenti possono produrre benefici non soltanto in termini di efficienza organizzativa, ma soprattutto di sicurezza degli ospiti, prevenzione degli eventi avversi, tempestività nell’individuazione delle variazioni delle condizioni cliniche e maggiore disponibilità di tempo professionale da dedicare alla relazione e all’assistenza diretta.

Il finanziamento di tale misura potrebbe essere ricercato attraverso risorse regionali e, laddove compatibile con le relative condizioni di ammissibilità, attraverso le opportunità offerte dalla programmazione europea vigente, con particolare attenzione agli strumenti dedicati alla transizione digitale, all’innovazione e allo sviluppo tecnologico. La Regione potrebbe inizialmente sostenere progetti pilota, misurandone gli effetti sulla qualità dell’assistenza, sull’organizzazione del lavoro e sulla sicurezza, per favorire successivamente la diffusione delle soluzioni che abbiano dimostrato maggiore efficacia.

In questa prospettiva, il sostegno pubblico all’innovazione non dovrebbe essere considerato come un semplice contributo all’acquisto di tecnologie, ma come un investimento nella modernizzazione dell’intero sistema regionale della Long Term Care, capace di accompagnare le RSA nel percorso di trasformazione organizzativa richiesto dal nuovo modello.

La progressiva interoperabilità dei sistemi costituisce inoltre una condizione essenziale per lo sviluppo della “Tessera Argento” proposta nel presente Position Paper: uno strumento capace di rendere immediatamente disponibili agli operatori autorizzati le informazioni essenziali sulla storia sanitaria e

assistenziale della persona e di accompagnarla nei passaggi tra domicilio, RSA, Ospedale di Comunità, Pronto Soccorso e ospedale.

La tecnologia deve quindi essere considerata non come un elemento accessorio della struttura, ma come una componente dell'infrastruttura della nuova Long Term Care, al servizio della sicurezza, della continuità assistenziale e del tempo di cura.

10. Una nuova responsabilità sanitaria della RSA

Si propone di introdurre, in luogo dell'attuale figura del Direttore sanitario per tutte le tipologie di posti letto, la figura del Responsabile Sanitario di struttura.

Il Responsabile Sanitario:

- coordina l'équipe sanitaria e ne assicura il raccordo con quella assistenziale;
- sovraintende all'applicazione dei protocolli clinico-assistenziali;
- contribuisce alla definizione e alla supervisione dei Piani Assistenziali Individualizzati;
- garantisce il collegamento funzionale con i servizi sanitari territoriali.

Il modello deve essere modulabile in relazione alla dimensione della struttura, alla tipologia dei posti letto e alla complessità dell'utenza.

Parallelamente, si propone di estendere l'assistenza del Medico di Medicina Generale a tutti gli ospiti presenti nella struttura, indipendentemente dal regime di inserimento, favorendo continuità clinica e integrazione con la medicina territoriale.

11. Collegare strutturalmente RSA e rete territoriale

Coerentemente con il modello sviluppato nelle Parti I e II, il rapporto con il sistema sanitario territoriale non può essere lasciato esclusivamente a forme di collaborazione occasionale.

Devono essere costruiti collegamenti strutturati con Medici di Medicina Generale, Aggregazioni Funzionali Territoriali, Distretti, Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali e Ospedali di Comunità.

Particolare attenzione deve essere posta alla gestione delle fasi di instabilità clinica dell'ospite e ai trasferimenti tra RSA e sistema ospedaliero.

La Regione dovrebbe definire protocolli condivisi che consentano di distinguere:

- le condizioni gestibili direttamente in RSA con il supporto della medicina territoriale;

- le condizioni per le quali può essere appropriato l'accesso a un Ospedale di Comunità;
- le situazioni che richiedono il ricorso al Pronto Soccorso o all'ospedale per acuti.

Analoghi protocolli devono disciplinare il percorso inverso, garantendo dimissioni protette e continuità informativa nel rientro dall'ospedale alla RSA.

Lo sviluppo degli Ospedali di Comunità rende inoltre necessario ridefinire con chiarezza la funzione dei diversi livelli di assistenza intermedia.

12. Nuovi standard di copertura assistenziale

L'assistenza tutelare deve essere garantita lungo l'intero arco delle 24 ore, con una presenza di personale adeguata alla composizione e alla complessità degli ospiti.

L'assistenza infermieristica deve essere organizzata sulla base degli standard previsti per le nuove fasce assistenziali.

Nelle strutture con almeno 80 ospiti appartenenti alle fasce di maggiore intensità assistenziale e ai percorsi di continuità assistenziale, la presenza infermieristica deve essere garantita nelle 24 ore, assicurando continuità tra fascia diurna e notturna.

13. Responsabilità organizzative

Accanto al Responsabile Sanitario deve essere confermata e valorizzata la funzione del Responsabile di struttura, cui compete il governo organizzativo e gestionale della RSA e il coordinamento complessivo delle attività non strettamente sanitarie.

Il Responsabile di struttura è in possesso di un’esperienza almeno triennale in funzioni di coordinamento nel settore sanitario o sociosanitario. La crescente complessità delle strutture richiede infatti competenze non soltanto organizzative, ma anche gestionali, economiche e relazionali, nonché capacità di coordinamento delle differenti professionalità che concorrono alla presa in carico.

Le funzioni di responsabilità organizzativa e sanitaria costituiscono una specifica macroarea del nuovo modello. Per tali funzioni la proposta prevede cumulativamente uno standard di 90 minuti mensili per ospite, equivalenti a circa 22 minuti settimanali, con una soglia minima del 30% del minutaggio complessivo attribuita ad almeno una delle due figure.

La distinzione tra responsabilità organizzativa e responsabilità sanitaria deve accompagnarsi a una forte integrazione tra le due funzioni, soprattutto nella

definizione dei modelli assistenziali, nell'organizzazione delle équipe, nella gestione dei rapporti con il territorio e nella verifica della qualità dei servizi.

In questa prospettiva, la governance della RSA deve essere coerente con il principio generale proposto nel presente Position Paper: maggiore autonomia nell'organizzazione delle risorse deve corrispondere a una chiara individuazione delle responsabilità e a una crescente capacità di valutare i risultati prodotti.

14. Ripensare la struttura della retta

La sostenibilità del sistema richiede una riflessione anche sulla composizione della retta e sulla distinzione tra componente sanitaria e componente alberghiera.

La quota sanitaria deve continuare a essere definita nell'ambito della programmazione pubblica, correlata all'intensità assistenziale e coerente con gli standard richiesti alle strutture. Per la componente alberghiera appare invece opportuno valutare una maggiore flessibilità, capace di tenere conto della qualità, delle caratteristiche della struttura e dei servizi effettivamente offerti, all'interno di un quadro regolato di trasparenza e tutela dell'utente.

Tale maggiore flessibilità dovrebbe accompagnarsi a una chiara identificazione dei servizi compresi nella componente alberghiera di base e di quelli ulteriori o aggiuntivi, garantendo alla persona e alla famiglia piena conoscenza dei costi e possibilità di comparazione dell'offerta.

Un sistema eccessivamente rigido sul versante dei ricavi rischia infatti di comprimere la capacità degli operatori di investire nella manutenzione e riqualificazione degli immobili, nel comfort degli ambienti, nell'efficientamento energetico, nella tecnologia, nella qualità alberghiera e nello sviluppo di nuovi servizi.

La tutela economica delle persone più fragili e delle famiglie deve rimanere un obiettivo prioritario della programmazione pubblica, ma dovrebbe essere perseguita attraverso strumenti mirati di sostegno alla domanda, evitando che il contenimento generalizzato delle tariffe produca indirettamente una compressione della qualità dell'offerta.

In questa prospettiva, accanto all'incremento delle quote sanitarie in relazione ai fabbisogni effettivi, potrebbero essere studiati nuovi strumenti di sostegno alla componente della retta a carico delle famiglie, anche attraverso il coinvolgimento del sistema bancario, assicurativo e delle fondazioni. Strumenti di garanzia, finanziamento o rateizzazione agevolata potrebbero, ad esempio, contribuire ad affrontare situazioni nelle quali il costo della non autosufficienza determina un improvviso e significativo impegno economico per il nucleo familiare.

L’obiettivo deve essere quello di conciliare accessibilità per le famiglie, libertà di scelta, qualità dell’offerta e capacità di investimento degli operatori, evitando di contrapporre sostenibilità sociale e sostenibilità economica del sistema.

15. Sostenibilità economica del nuovo modello

La sostenibilità economica rappresenta una condizione necessaria per garantire qualità, continuità e capacità di innovazione dell’assistenza.

La proposta tecnica sviluppata prevede una rimodulazione dei minutaggi e delle figure professionali attraverso tre macroaree organizzative, la semplificazione delle fasce assistenziali e l’introduzione di una flessibilità regolata nell’utilizzo delle risorse.

Le simulazioni elaborate sulla base dei dati disponibili indicano la possibilità di realizzare il nuovo modello mantenendo l’equilibrio economico complessivo e senza compromettere i livelli assistenziali.

La sostenibilità, tuttavia, non può essere valutata soltanto nel momento iniziale della riforma. Il costo dell’assistenza è fortemente influenzato dal costo del lavoro e dalla sua evoluzione nel tempo. Per questa ragione appare opportuno introdurre un meccanismo periodico, trasparente e oggettivo di adeguamento della componente sanitaria della retta, che tenga conto dell’evoluzione certificata del costo del lavoro derivante dai rinnovi dei contratti collettivi di riferimento e dalle relative tabelle ministeriali.

La programmazione pubblica deve infatti garantire coerenza tra gli standard professionali richiesti alle strutture e le risorse necessarie per assicurarli, salvaguardando contemporaneamente la piena e corretta applicazione dei contratti collettivi.

Ma la sostenibilità non deve essere interpretata esclusivamente come equilibrio della gestione corrente.

La nuova filiera della longevità richiede strutture capaci di investire. Adeguamento e riqualificazione degli immobili, digitalizzazione, tecnologie assistenziali, efficientamento energetico, formazione delle professionalità e sviluppo di nuovi servizi territoriali richiedono investimenti pluriennali e un quadro regolatorio sufficientemente stabile da consentirne la programmazione.

In questa prospettiva, la valutazione economica delle RSA dovrebbe inoltre superare la sola considerazione del costo diretto della quota sanitaria.

Appare opportuno promuovere uno studio regionale sul costo complessivo e sui costi evitati per il Servizio Sanitario Regionale derivanti da una presa in carico appropriata delle persone non autosufficienti in RSA, valutando in particolare

l’impatto su accessi al Pronto Soccorso, ricoveri ospedalieri, giornate di degenza e utilizzo di setting sanitari a maggiore intensità.

Una maggiore disponibilità di presa in carico sociosanitaria appropriata può infatti rappresentare non soltanto un costo per il sistema, ma anche uno strumento di migliore allocazione delle risorse sanitarie, contribuendo a utilizzare l’ospedale e il Pronto Soccorso per le condizioni che effettivamente ne richiedono l’intensità assistenziale.

La programmazione regionale delle tariffe, delle quote sanitarie e degli standard deve quindi garantire un quadro sufficientemente stabile e prevedibile da consentire agli operatori di pianificare il futuro e di partecipare, insieme al settore pubblico, al processo di modernizzazione della rete.

16. Un nuovo patto tra regolazione, autonomia e risultati

L’insieme delle proposte delineate configura un cambiamento significativo nel rapporto tra programmazione pubblica e soggetti gestori.

La Regione mantiene una funzione essenziale e non sostituibile: definire i livelli assistenziali, programmare la rete sulla base dei bisogni della popolazione, stabilire requisiti di accreditamento e standard minimi di sicurezza e qualità, tutelare l’accessibilità dei servizi e garantire un sistema efficace di controllo.

Alle strutture deve essere riconosciuta, all’interno di questo quadro, una maggiore capacità di organizzare risorse, professionalità e tecnologie in funzione delle caratteristiche degli ospiti e del proprio modello assistenziale.

Più autonomia organizzativa, dunque, ma anche maggiore responsabilità sui risultati.

Questa evoluzione dovrebbe riguardare progressivamente anche il sistema dei controlli.

In una prima fase il rispetto degli standard quantitativi – compresi i minutaggi e la disponibilità delle professionalità previste – continuerà necessariamente a rappresentare una componente essenziale della verifica. Nel medio periodo, tuttavia, alla maggiore autonomia organizzativa dovrebbe corrispondere una crescente capacità del sistema pubblico di misurare la qualità e gli esiti dell’assistenza.

Accanto ai parametri quantitativi potrebbero quindi essere progressivamente introdotti indicatori relativi, ad esempio, all’incidenza delle lesioni da pressione, alle cadute, agli accessi evitabili al Pronto Soccorso, alle ospedalizzazioni, all’appropriatezza farmacologica, al mantenimento delle capacità funzionali, alla continuità assistenziale e alla qualità percepita dagli ospiti e dalle famiglie.

L’obiettivo non è sostituire immediatamente gli standard di personale con indicatori di risultato, ma costruire gradualmente un sistema nel quale la verifica di quanto viene impiegato sia affiancata dalla valutazione di ciò che l’organizzazione riesce effettivamente a produrre in termini di salute, sicurezza, autonomia e qualità della vita della persona.

Questo passaggio richiede inevitabilmente un’evoluzione parallela delle competenze e degli strumenti del sistema di controllo pubblico, affinché la valutazione degli esiti avvenga attraverso indicatori omogenei, misurabili e comparabili.

È su questo equilibrio che si propone di costruire un nuovo patto tra regolatore e soggetti gestori: standard pubblici chiari e inderogabili sugli obiettivi fondamentali, maggiore autonomia nelle modalità organizzative, trasparenza, misurazione dei risultati e responsabilità rispetto agli esiti.

La prospettiva è superare progressivamente una regolazione concentrata prevalentemente sulla prescrizione delle modalità attraverso le quali l’assistenza deve essere erogata, senza rinunciare alle garanzie essenziali, per costruire un sistema maggiormente orientato alla capacità effettiva di rispondere ai bisogni della persona.

La qualità della RSA del futuro dovrà essere misurata non soltanto dalle risorse che impiega, ma dalla qualità dell’assistenza, dalla sicurezza, dall’autonomia che riesce a preservare e dai risultati che produce per le persone di cui si prende cura.

PARTE IV

La Long Term Care in Europa: esperienze e indirizzi per il modello piemontese

1. Una sfida europea: accompagnare l'intero percorso della longevità

Le trasformazioni demografiche che interessano il Piemonte non costituiscono un fenomeno isolato. L'intera Europa è chiamata a ripensare i propri sistemi di assistenza di lungo periodo per rispondere all'aumento della longevità, alla crescita della fragilità e della non autosufficienza e alla necessità di garantire, contemporaneamente, qualità dell'assistenza e sostenibilità economica e organizzativa.

Le esperienze europee più avanzate evidenziano una progressiva evoluzione da sistemi prevalentemente concentrati sulla risposta alla non autosufficienza verso modelli capaci di accompagnare l'intero percorso dell'invecchiamento.

La Long Term Care non coincide quindi con la sola assistenza residenziale. Comprende una pluralità di soluzioni: prevenzione, abitare, servizi di prossimità, assistenza domiciliare, attività diurne, forme intermedie di residenzialità, RSA, riabilitazione e assistenza sanitaria.

La continuità tra questi livelli diventa fondamentale per evitare che la persona e la sua famiglia si trovino di fronte a un'alternativa troppo netta tra permanenza al domicilio e ingresso in una struttura residenziale.

È questa la prospettiva attraverso la quale leggere le esperienze europee analizzate nel presente capitolo.

L'obiettivo non è trasferire automaticamente in Piemonte modelli costruiti in contesti istituzionali, sociali e sanitari differenti, ma individuare principi e soluzioni che possano contribuire alla costruzione della filiera della longevità delineata, al nuovo ruolo delle RSA e alle modifiche organizzative sviluppate nella Parte III.

2. Danimarca: invecchiare nel proprio ambiente, riabilitazione e mantenimento dell'autonomia

La Danimarca rappresenta un riferimento particolarmente interessante per il principio dell'invecchiare nel proprio ambiente, ovvero la possibilità di consentire alla persona anziana di continuare a vivere il più a lungo possibile nel proprio ambiente di vita.

Il sistema attribuisce un ruolo rilevante alle amministrazioni locali nell'organizzazione dei servizi agli anziani e combina assistenza domiciliare, prevenzione, riabilitazione e differenti soluzioni abitative.

Un elemento particolarmente significativo è l'attenzione ad interventi personalizzati finalizzati a recuperare o mantenere la capacità della persona di svolgere autonomamente le attività della vita quotidiana.

La logica non consiste quindi soltanto nell'aumentare progressivamente l'assistenza erogata, ma nel verificare preventivamente se sia possibile preservare o recuperare una quota di autonomia.

A questo si affianca una pluralità di soluzioni abitative e assistenziali, che consente di graduare la risposta in funzione dell'evoluzione delle condizioni della persona.

Spunti per il Piemonte

L'esperienza danese rafforza il principio secondo cui è necessario intervenire prima della piena non autosufficienza.

Senior Living, Centri diurni, assistenza domiciliare, riabilitazione e residenzialità possono costituire livelli differenti di un unico percorso.

L'obiettivo dovrebbe essere quello di ritardare, quando possibile, il passaggio verso forme di assistenza a maggiore intensità, investendo sul mantenimento delle capacità residue della persona.

3. Paesi Bassi: nuovi modelli dell'abitare e centralità della persona

L'esperienza dei Paesi Bassi evidenzia con particolare chiarezza la possibilità di articolare l'offerta tra abitazione autonoma, servizi domiciliari, forme abitative assistite e residenzialità ad alta intensità.

Il sistema contempla differenti soluzioni che consentono alla persona di mantenere un elevato grado di autonomia, integrando progressivamente servizi e assistenza in funzione dell'evoluzione dei bisogni.

Questa impostazione risulta particolarmente interessante per lo sviluppo del Senior Living.

Tra l'abitazione tradizionale e la RSA può infatti esistere un'area intermedia molto più ampia, costituita da appartamenti accessibili, servizi condivisi, tecnologie per la sicurezza, opportunità di socializzazione e assistenza modulabile.

L'esperienza olandese presenta inoltre modelli innovativi dedicati alle persone affette da demenza, nei quali gli ambienti residenziali vengono progettati cercando di riprodurre il più possibile una dimensione domestica e comunitaria.

Il principio è quello di preservare, anche in presenza di una significativa non autosufficienza, quotidianità, relazioni, libertà di movimento e qualità della vita.

Spunti per il Piemonte

Il principale insegnamento consiste nel superamento di una concezione esclusivamente sanitaria o assistenziale dell'abitare nella terza età.

Anche quando aumenta la fragilità, l'ambiente nel quale vive la persona può contribuire significativamente al mantenimento dell'autonomia.

Questo principio può trovare applicazione sia nello sviluppo del Senior Living sia nella progettazione e nella progressiva trasformazione delle stesse RSA.

4. Francia: dall'EHPAD alla piattaforma territoriale

Particolarmente rilevante per la proposta piemontese è l'evoluzione in corso in Francia attraverso i *Centres de ressources territoriaux pour les personnes âgées* (CRT).

Il modello mira a consentire alle persone anziane di vivere al proprio domicilio il più a lungo possibile attraverso un accompagnamento rafforzato e una maggiore integrazione tra i diversi servizi.

Un aspetto particolarmente interessante è che il CRT può essere promosso anche da un EHPAD - *Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes* - struttura che presenta numerose analogie funzionali con la RSA italiana.

La struttura residenziale non mette quindi le proprie competenze esclusivamente a disposizione degli ospiti residenti, ma può diventare un punto di riferimento per le persone anziane che vivono nel territorio circostante.

Il modello opera sostanzialmente attraverso due funzioni: mettere a disposizione del territorio competenze e risorse gerontologiche e costruire forme di assistenza domiciliare rafforzata e coordinata.

Si supera così progressivamente la distinzione tradizionale tra struttura e territorio.

Spunti per il Piemonte

L'esperienza francese rappresenta uno dei riferimenti più interessanti per il concetto di RSA come hub territoriale della longevità.

Le professionalità e le infrastrutture presenti nelle RSA potrebbero essere utilizzate anche per offrire assistenza domiciliare, prestazioni infermieristiche e riabilitative, teleassistenza, servizi diurni, ricoveri temporanei e di sollievo e supporto ai caregiver.

La RSA diventerebbe così un nodo della rete e non soltanto il luogo della residenzialità permanente.

5. Svezia: un continuum tra domicilio, servizi diurni e residenzialità

Anche il sistema svedese presenta una gamma articolata di servizi dedicati alla popolazione anziana: assistenza domiciliare, attività diurne, sistemi di allarme personale, servizi di accompagnamento, abitazioni protette, strutture residenziali e soluzioni temporanee.

Particolarmente interessante è la presenza di forme di short-term housing, utilizzabili, tra l'altro, dopo una dimissione ospedaliera o per offrire periodi di sollievo alle famiglie.

Queste soluzioni consentono di creare livelli intermedi tra domicilio, ospedale e residenzialità permanente, evitando che ogni variazione delle condizioni della persona determini necessariamente un cambiamento definitivo del setting assistenziale.

La Svezia ha inoltre sviluppato significativamente il concetto di welfare technology, attraverso tecnologie digitali finalizzate a mantenere o aumentare sicurezza, partecipazione e indipendenza della persona.

Sistemi di allarme, sensori, monitoraggio digitale e altre soluzioni vengono utilizzati sia al domicilio sia all'interno delle strutture.

Spunti per il Piemonte

La tecnologia dovrebbe progressivamente seguire la persona e non il setting nel quale essa si trova.

Domicilio, Centro diurno e RSA possono diventare punti differenti di una medesima infrastruttura assistenziale e digitale.

Questo consentirebbe una maggiore continuità delle informazioni, un migliore monitoraggio delle condizioni della persona e una più efficace integrazione tra i diversi professionisti.

6. Germania: la Long Term Care come tema strutturale di finanziamento

Il modello tedesco pone con particolare evidenza il tema della sostenibilità finanziaria della non autosufficienza.

La Germania dispone dagli anni Novanta di un'assicurazione obbligatoria specificamente dedicata alla Long Term Care, la Pflegeversicherung, che riconosce la non autosufficienza come un rischio sociale strutturale al quale devono corrispondere strumenti di finanziamento dedicati.

Il modello tedesco non può evidentemente essere trasferito a livello regionale italiano e opera all'interno di un sistema di welfare profondamente differente.

La sua rilevanza per il presente Position Paper è soprattutto culturale: una società longeva deve interrogarsi non soltanto su come organizzare l'assistenza, ma anche su come finanziarla nel lungo periodo.

La questione riguarda sia il finanziamento delle prestazioni sia gli investimenti necessari per costruire e modernizzare le infrastrutture della longevità.

Spunti per il Piemonte

La dimensione della trasformazione demografica rende necessario mobilitare in modo complementare risorse pubbliche e private.

Accanto alle risorse del Servizio Sanitario e del sistema sociale, occorre sviluppare una riflessione sul possibile ruolo della previdenza e dell'assistenza integrativa, degli strumenti assicurativi, del risparmio privato, delle fondazioni, degli investitori istituzionali e dei capitali destinati alle infrastrutture sociosanitarie.

Senior Living, Centri diurni, modernizzazione delle RSA, tecnologie e nuovi servizi domiciliari rappresentano infatti anche un importante ambito di investimento.

7. La continuità tra RSA, cure intermedie e ospedale

Uno degli elementi centrali dei sistemi di Long Term Care più evoluti è la capacità di garantire continuità tra assistenza territoriale, residenzialità e sistema ospedaliero.

Il tema assume particolare rilevanza per gli ospiti delle RSA.

Il trasferimento al Pronto Soccorso di una persona molto anziana, fragile, pluripatologica o con decadimento cognitivo può rappresentare un momento di particolare criticità.

Il ricorso all'ospedale per acuti rimane naturalmente indispensabile quando le condizioni cliniche lo richiedono. Il problema nasce quando il Pronto Soccorso diventa, in assenza di alternative organizzative, il passaggio pressoché obbligato anche per situazioni che potrebbero trovare una risposta più appropriata attraverso altri setting.

Le esperienze europee di short-term care, rehabilitation e intermediate care indicano l'utilità di livelli intermedi capaci di accompagnare la persona nelle fasi di temporanea maggiore complessità.

Nel contesto piemontese questa riflessione assume oggi particolare importanza alla luce dello sviluppo degli Ospedali di Comunità.

Questi ultimi possono rappresentare, per determinate condizioni, un livello intermedio tra RSA, territorio e ospedale per acuti, offrendo assistenza sanitaria e monitoraggio senza ricorrere necessariamente a un ricovero ospedaliero tradizionale.

Il percorso deve essere costruito in entrambe le direzioni.

Dalla RSA verso il sistema sanitario, individuando sulla base delle condizioni della persona se sia appropriata la gestione in struttura con supporto territoriale, l'eventuale trasferimento verso un Ospedale di Comunità oppure il ricorso al Pronto Soccorso e all'ospedale per acuti.

Dall'ospedale verso la RSA, garantendo dimissioni protette, trasferimento tempestivo delle informazioni cliniche, continuità terapeutica e coordinamento con la struttura prima del rientro dell'ospite.

Spunti per il Piemonte

La crescita degli Ospedali di Comunità offre l'opportunità di costruire protocolli regionali di continuità assistenziale tra RSA, medicina territoriale, Ospedali di Comunità, Pronto Soccorso e ospedali.

Questo potrebbe contribuire contemporaneamente a migliorare l'appropriatezza delle cure, ridurre gli accessi impropri al Pronto Soccorso e tutelare maggiormente la persona anziana nei momenti di maggiore fragilità.

Il principio dovrebbe essere quello già richiamato nelle Parti precedenti: deve essere la rete dei servizi a organizzarsi intorno alla persona, riducendo per quanto possibile trasferimenti, attese e discontinuità assistenziali.

8. Gli indirizzi europei: verso sistemi integrati di Long Term Care

Le esperienze nazionali si collocano all'interno di un orientamento europeo sempre più definito.

Le principali indicazioni internazionali ed europee convergono sulla necessità di costruire sistemi di Long Term Care caratterizzati da alcuni elementi comuni:

- prevenzione della fragilità e mantenimento dell'autonomia;
- centralità della persona;
- sostegno alla domiciliarità;
- integrazione tra servizi sanitari e sociali;
- continuità tra i diversi setting assistenziali;
- supporto ai caregiver;

- qualificazione e valorizzazione delle professionalità;
- utilizzo delle tecnologie;
- sostenibilità finanziaria e organizzativa.

La Long Term Care deve quindi essere considerata come un sistema composto da governance, finanziamento, professionalità, organizzazione dei servizi, innovazione, infrastrutture e capacità di valutare i risultati.

Questa impostazione conferma che la risposta alla longevità non può essere ricondotta a un singolo setting assistenziale e, tantomeno, alla sola residenzialità.

Richiede una politica trasversale capace di integrare sanità, sociale, abitare, tecnologia e investimenti.

9. Dalle esperienze europee a un "Modello Piemonte"

Le esperienze analizzate non indicano un modello unico da importare. Evidenziano tuttavia alcuni principi comuni che possono orientare la trasformazione del sistema piemontese.

Il primo è accompagnare la longevità, intervenendo prima che si manifesti la piena non autosufficienza e investendo nel mantenimento dell'autonomia e della capacità funzionale.

Il secondo è favorire l'ageing in place, sviluppando una gamma più ampia di soluzioni tra abitazione tradizionale e residenzialità: Senior Living, Centri diurni, assistenza domiciliare e forme abitative protette.

Il terzo è aprire le RSA al territorio, valorizzandone competenze, professionalità e infrastrutture anche a sostegno delle persone che vivono ancora al domicilio e dei loro caregiver.

Il quarto è costruire una reale continuità assistenziale tra servizi sociali, sanità territoriale, RSA, Ospedali di Comunità e ospedale, riducendo le discontinuità nei momenti di maggiore fragilità.

Il quinto è utilizzare tecnologia e nuovi modelli organizzativi per preservare l'autonomia della persona, migliorare la sicurezza e liberare tempo professionale da dedicare alla cura e alla relazione.

Il sesto è affrontare in modo strutturale il tema delle risorse, creando le condizioni affinché investimenti pubblici e privati possano concorrere allo sviluppo delle infrastrutture e dei servizi necessari a una società più longeva.

L'obiettivo non è quindi importare in Piemonte modelli costruiti in sistemi sanitari e sociali differenti, ma utilizzare le migliori esperienze europee per costruire un

“Modello Piemonte della Longevità”, coerente con le caratteristiche del territorio, con la propria rete sociosanitaria e con le competenze industriali, tecnologiche, scientifiche e professionali presenti nella Regione.

In questa prospettiva, la longevità non rappresenta soltanto una pressione crescente sul welfare. Può diventare un ambito nel quale innovazione sociale, capacità imprenditoriale, ricerca, tecnologia e investimento contribuiscono insieme alla costruzione di un sistema più sostenibile e, soprattutto, più vicino alle persone.

La riforma delle RSA si inserisce in questa visione: non un intervento isolato sulla residenzialità, ma uno dei tasselli di una più ampia politica regionale capace di accompagnare la persona lungo l’intero percorso dell’invecchiamento.