

Grazie di aver accolto il nostro invito.

Inizio con l'incipit di un libro che ha il pregio di esporre in poche parole perché tutti oggi siamo qui.

“Alice per la maggior parte del tempo portava i vestiti che le davano. Si svegliava quando glielo dicevano, si lavava e si vestiva quando glielo dicevano, mangiava quando glielo dicevano. Viveva con chiunque le dicevano che dovesse vivere. Alice si sentiva in prigione, come se l'avessero messa dentro per vecchiaia”. Parole di Atul Gawande, medico.

Perché si deve cambiare? E perché ora?

I numeri ci costringono, la sostenibilità del sistema socioassistenziale a lungo termine ce lo impone, la coesione sociale lo rende necessario.

La fotografia del Piemonte è chiarissima, i dati sono dell'ISTAT e del 1° gennaio 2020, Il totale dei cittadini piemontesi è di 4.311.217, gli over 65 sono 1.115.960, gli over 80, 44.405, gli over 90, 15.213 e i centenari e sovracentenari ben 1.096 di cui 954 donne, squilibrio di sesso presente in tutte le classi citate.¹

Gli anziani sono almeno un quarto della popolazione.

Tutti noi sappiamo che migliori condizioni di vita e migliori cure hanno allungato l'aspettativa di vita nella parte più ricca del mondo, ma le percentuali sono poco conosciute se non agli specialisti. Inevitabilmente con l'aumento dell'età crescono le limitazioni e anche se i nonni di domani staranno meglio di quelli di oggi, per gli sviluppi della medicina e per il miglioramento degli stili di vita, si amplierà comunque la fascia della non autosufficienza.

Dice il demografo dell'Università Cattolica di Milano, Alessandro Rosina, che abbiamo raggiunto nella composizione anagrafica italiana un **“Punto di non ritorno”** cioè in sostanza che è impossibile invertire la tendenza del calo demografico italiano e del progressivo invecchiamento della popolazione. Precisa, peraltro, che senza correttivi “Gli squilibri demografici e l'alto debito pubblico renderanno insostenibile il sistema sociale”

I correttivi sono quelli che assicurano ai giovani il lavoro e una buona istruzione/formazione, ma sono anche quelli che migliorano condizione di vita e salute degli anziani e non c'è contraddizione, perché sono i giovani che lavorano a sostenere il Welfare e sono gli anziani a pesare meno se sono efficacemente curati e se si dà loro un adeguato progetto di vita.

Il futuro del paese è in questo fondamentale equilibrio con cui le generazioni si sostengono e si integrano, è quello che definiamo la coesione sociale, senza la quale ci rassegheremo ad un mondo in cui l'emarginazione sarà ampia e dolorosa.

Il progetto che oggi presentiamo può consentire, a nostro avviso, e su questo vogliamo confrontarci con i nostri ospiti e relatori, di rendere migliore la condizione di vita degli anziani, soprattutto i grandi anziani e i non autosufficienti.

E' il frutto di un lungo lavoro del Sindacato pensionati in Piemonte che, nel contesto dell'attività e della documentazione nazionale, ha raccolto in regione buone pratiche, esperienze, contributi accademici, suggerimenti delle associazioni di volontariato e delle aziende del Terzo Settore.

Molte delle proposte a nostro avviso sono già attuabili a livello regionale, perlomeno a livello sperimentale. Sono di importanza fondamentale gli interventi legislativi. a partire dalla legge quadro sulla non autosufficienza affinché su tutto il territorio nazionale vengano erogate cure omogenee. Allo stesso modo, è necessario battersi perché vengano definiti dei livelli essenziali di prestazioni

¹ La tabella Istat è in calce al documento

sociali che debbano essere garantiti a tutti i cittadini, i cosiddetti LEP Sociali (Livelli Essenziali delle Prestazioni).

Recentemente la Commissione Paglia, costituita dal Ministro Speranza ha suggerito modalità di *“riorganizzazione del modello assistenziale sanitario e sociosanitario dedicato alla popolazione anziana al fine di favorire una transizione dalla residenzialità a servizi erogati sul territorio e di ridefinire il continuum assistenziale, suggerendo servizi, modalità, strumenti innovativi e digitali...”*

La presa in carico e il progetto di cura

La presa in carico dell'anziano problematico è il primo atto di un sistema sociosanitario che fa bene, perché la “cura” è concetto più complesso della semplice erogazione di rimedi clinici o farmacologici.

La presa in carico deve essere dell'intero sistema e fornire al paziente un percorso che migliori la salute, le condizioni di vita e dell'autonomia di sé.

Il rapporto oggi esistente tra assistenza sanitaria e sociale va radicalmente cambiato, il Distretto deve diventare il baricentro di un sistema integrato che coniughi sostenibilità e qualità dell'offerta di salute rispondendo nel contempo ai bisogni di sicurezza e di relazione.

Non risolveremo il problema di avere più anziani, spesso bisognosi di cure o anche solo di assistenza, realizzando strutture residenziali con più posti letto sulla base dell'attuale modello: si tratta invece di realizzare un graduale processo di riconversione con al centro l'anziano fragile che, malgrado le sue limitazioni, va considerato come portatore di un progetto di vita.

Perciò le due scelte, domiciliarità e residenzialità non sono strade contrapposte, sono strumenti che devono integrarsi e convivere in un unico percorso di cura.

Scrivono la Commissione ministeriale: Occorre **“Ristabilire un effettivo continuum assistenziale, a fronte della scarsa, frammentata ed insufficiente offerta di servizi sul territorio, in primis quella integrata, composta cioè da entrambe le componenti sociale e sanitaria. Questa azione avrà il pregio di formalizzare una vera presa in carico dei pazienti anziani, troppo spesso soggetti ad approcci di tipo prestazionale, episodici e non continuativi, irrazionali e di scarsa qualità. Il servizio pubblico è chiamato a svolgere un ruolo pilota in tal senso. Ci si attende che gli erogatori di assistenza assumano una offerta completa, in omaggio al principio del continuum assistenziale e della offerta di servizi quanto più possibile personalizzati in base alle reali esigenze della persona. Il continuum assistenziale dovrà prevedere, oltre a forme di assistenza residenziale, una offerta semiresidenziale ampia, costituita principalmente ma non solo da centri diurni, ed una assistenza domiciliare di tipo sociale, sanitario o integrato...”**

Bisogna sempre partire dal principio base per il quale va reso esigibile **il diritto di ogni anziano di invecchiare a casa propria**, e questo può verificarsi solo se l'assistenza sociosanitaria degli anziani non autosufficienti viene inserita nel più generale problema dell'organizzazione dell'assistenza domiciliare e della condizione abitativa. Nella realizzazione di un efficace continuum assistenziale **il modello delle RSA deve cambiare**, affinché non vengano vissute come un'emarginazione, ma una buona soluzione nei casi in cui siano presenti situazioni non superabili, quali la gravità delle patologie in atto, le difficoltà dei familiari ad essere presenti o infine una condizione abitativa incompatibile con l'assistenza.

Il Modello dell'Assistenza domiciliare e delle RSA

Una nuova domiciliarità più appropriata, più umana, più compatibile con la spesa pubblica in salute

L'assistenza domiciliare non può essere circoscritta all'attuale assistenza medico/infermieristica di poche ore settimanali: per le persone non autosufficienti occorre intervenire nei bisogni quotidiani,

che in ospedale e nelle RSA vengono eseguiti da personale sanitario e in casa da familiari e/o badanti: usare il bagno, lavarsi, vestirsi, muoversi, alimentarsi...

Dobbiamo strutturare un organico sistema sociosanitario con un modello di cure domiciliari comprendente l'assistenza tutelare (assistenti familiari e familiari coinvolti nel lavoro di cura), che implica risparmi in prospettiva per il SSN.

Già oggi i L.E.A prevedono che il costo in RSA sia metà a carico del SSN; costo che copre non le spese sanitarie o di professioni sanitarie ma tutte le prestazioni di tutela della vita in RSA (inclusi pasti, pulizie, ecc).

L'assistenza domiciliare ai malati non autosufficienti deve prevedere **criteri di spesa e compartecipazione del cittadino omogenei a quelli della residenzialità convenzionata**, già previsti dai LEA

Questa modalità consentirebbe nel tempo un risparmio considerevole al SSN e regionale: oggi la Sanità spende tra i 150-270 euro al giorno per un posto in case di cura post acuzie per "posteggi" in attesa di un posto in RSA o in assistenza domiciliare. E il SSN spende più di 50 euro al giorno per la parte sanitaria della retta in RSA (il 50% del costo totale).

Senza dimenticare che ci possono essere **modelli diversi di domiciliarità**, infatti non ci si può limitare ad intendere il domicilio come la propria casa, sia perché l'assistito può essere solo o la famiglia non disponibile a prendersene cura, sia perché l'alloggio può essere inadeguato.

Per questo si deve pensare a forme diverse di abitazione che possano consentire un ambiente più personale e nello stesso tempo migliorare la efficienza degli interventi di cura: gruppi appartamento, cohousing, condomini solidali nelle città e nei quartieri, alloggi in comunità anche come rivitalizzazione di borghi, miniappartamenti in Case di cura e anche in RSA.

Come rendere le RSA funzionali ad un nuovo progetto di vita degli anziani non autosufficienti?

Le RSA ospedalizzate La crisi innescata dal Covid, che non è solo economica ma anche gravemente reputazionale, ha dato forza alla linea cosiddetta "ospedaliera" cioè le RSA diventerebbero luoghi di lunga degenza, cioè istituzioni prevalentemente sanitarie. Non è affatto una linea minoritaria, coinvolge le famiglie con le situazioni più gravi e suscita gli appetiti delle multinazionali del settore.

La scelta della istituzionalizzazione completa è una drammatica scelta del fine vita, forse non sempre consapevole nelle famiglie, ma non per questo meno crudele.

Le RSA luogo di custodia Attualmente le RSA sono nella stragrande maggioranza dei casi organizzate come luoghi di custodia e assistenza. Gli anziani continuano le cure prescritte dai loro medici di famiglia o dagli specialisti, vengono puliti e nutriti, se stanno particolarmente male vengono ricoverati in ospedale per tornare quando finisce la crisi acuta. Non è sempre così ovviamente, ma spesso è così.

Questo è il modello prevalente sul territorio nazionale e anche in Piemonte, dove spesso solo il sacrificio di personale e dirigenti ha consentito di gestire la situazione durante il lock down con maggiore umanità. Sono le RSA in cui durante la prima ondata gli infermieri in televisione schiudendo la porta delle stanze facevano la triste conta dei morti della notte e del giorno dopo.

Un modello alternativo: Le RSA Aperte e Centri Servizi

Non risolveremo il problema della crescita degli anziani, né dell'allungamento della loro aspettativa di vita, il loro bisogno di cure e/o di assistenza, realizzando strutture residenziali con più posti letto.

E' irrealizzabile e anche profondamente inquietante.

Si tratta invece di realizzare un graduale processo di riconversione collocando al centro della nostra azione l'anziano fragile che, malgrado le sue limitazioni, va considerato come portatore di un progetto di vita.

Il rischio della spersonalizzazione è quanto mai presente nelle strutture residenziali collettive, perché si subordinano i comportamenti dei singoli ai ritmi organizzativi. Continuare a "far sentire persona" l'anziano deve essere l'obiettivo centrale della vita in RSA ed è un'attenzione che implica azioni molto concrete e spesso anche semplici.

Diventare Centro servizi Con la presa in carico del pubblico per il progetto personalizzato, bisogna superare l'attuale drastica frattura tra servizi domiciliari e residenziali al fine di offrire alle persone opportunità che si fondano su un insieme di interventi:

- La persona che è assistita al domicilio può usufruire delle prestazioni sociali, parasanitarie, culturali che le RSA dovrebbero offrire agli ospiti anche organizzati in rapporto con il territorio.
- Le RSA possono fornire personale per l'assistenza a domicilio e provvedere ad alcuni servizi
- Le RSA possono offrire alle famiglie "ricoveri di sollievo" in certi periodi dell'anno o "di necessità" nel caso di problemi di salute, fatti luttuosi, questioni di famiglia ecc...

Essere luoghi di riconquista di autonomia di vita e di relazione, implica un'organizzazione dedicata: presenza di animazione, palestra, attività motorie, ingresso di associazioni e volontari, promuovere e sostenere il rapporto con i familiari (coltivare gli affetti), formare adeguatamente gli operatori. Chi è costantemente allettato o soffre di demenza non deve essere a priori escluso da offerte per potenziare le relazioni: se si trovano modalità compatibili anche queste sono forme di cura.

Fa parte della revisione del modello la modifica del sistema di accreditamento e la riforma delle attuali modalità di accesso, compreso il ruolo delle UVG, nonché la possibilità di riconversione degli spazi per i ricoveri in lungo degenza

Non ci sfuggono le ripercussioni della trasformazione del modello di assistenza sul trattamento del personale, molti dei documenti citati ne parlano, si dal punto di vista della professionalità che dal punto di vista del contratto di riferimento. Abbiamo volutamente omesso di parlarne perché tocca alla categoria di appartenenza affrontare il problema; siamo tuttavia convinti che migliori modelli di cura ed assistenza siano positivi anche per il personale impiegato, da un punto di vista della qualità del lavoro, della professionalità, della remunerazione economica e della stessa motivazione personale.

Investire in nuove strutture più efficaci ed umane e per favorire l'assistenza domiciliare è il paradigma di una società che sa prendersi cura dei suoi anziani fragili, ed offre al settore una riconversione economicamente remunerativa e la possibilità di essere protagonista di un nuovo patto con gli anziani e le loro famiglie.

Allegato

Dati ISTAT al 1 gennaio 2021

Età	Totale Maschi	Totale Femmine	Maschi + Femmine
65	26451	28710	55161
66	25577	27574	53151
67	25523	27418	52941
68	24613	27272	51885
69	25514	28492	54006
70	25785	28591	54376
71	26824	30125	56949
72	26107	29252	55359
73	25079	28530	53609
74	18908	21790	40698
75	19831	23396	43227
76	19100	23468	42568
77	19110	23452	42562
78	18710	23720	42430
79	19977	25661	45638
80	19222	25183	44405
81	18149	24084	42233
82	15730	21671	37401
83	13802	19491	33293
84	12837	19270	32107
85	11060	17670	28730
86	9391	16050	25441
87	8226	14955	23181
88	7138	13711	20849
89	6328	12744	19072
90	4736	10477	15213
91	3580	8644	12224
92	2813	7260	10073
93	1934	5762	7696
94	1373	4440	5813
95	966	3325	4291
96	704	2549	3253
97	437	1974	2411
98	276	1334	1610
99	166	842	1008
100e+	142	954	1096
Totale	486119	629841	1.115.960