**Il nuovo sistema di cura nelle RSA**

Come è stato più volte evidenziato, stiamo assistendo ad un veloce processo di invecchiamento demografico della popolazione italiana senza pari nella storia.

**L’evoluzione demografica della società italiana può essere significativamente descritta dalla cosiddetta “Piramide dell’età”, la cui base è costituita dalle classi di età afferenti la popolazione infantile/giovanile, mentre la punta è costituita dalle classi in cui si divide la popolazione anziana**

**L’evoluzione della Piramide dell’età italiana, descritta evidenzia che a partire dagli anni Novanta è avvenuto il superamento della percentuale degli anziani rispetto a quella dei giovani, ciò corrisponde all’inizio della trasformazione della Piramide italiana verso un profilo , che rivela la costante diminuzione della base (i giovani) ed espansione della punta (gli anziani).**

Conseguenza dell’invecchiamento medio della popolazione è la diffusione di problematiche e patologie cronico-degenerative a carattere invalidante, che possono trovare una risposta solo parziale e limitata nell’ambito dell’intervento sanitario ospedaliero e che necessitano di forme assistenziali più complesse e di lungo periodo a domicilio o nella forma residenziale.

Ciò ha comportato, e comporta, un naturale innalzamento della curva della spesa pro capite per l’assistenza di tipo sanitaria e sociosanitaria legato com’è soprattutto da noi in Lombardia quasi esclusivamente alla sola risposta di tipo residenziale con il ricovero della persona non auto-sufficiente nelle RSA.

Fino agli anni ottanta in Lombardia le strutture residenziali lombarde per persone anziane con limitazioni dell’autosufficienza si dividevano in “ strutture protette per non autosufficienti e “ case di riposo “ per autosufficienti parziali, per le quali la Regione pagava una quota integrativa giornaliera per ospite .Con il Piano socio assistenziale 1988-1990 sono stati definiti standard strutturali e gestionali delle unità d’offerta che hanno permesso di avviare il processo di unificazione sotto l’unica denominazione di Residenze sanitarie assistenziali (R.S.A.).

Attualmente in Lombardia le RSA hanno circa 56.000 posti letto e il trend risulta ancora in aumento anche se il sistema risente fortemente della crisi economica che attanaglia il paese da ormai otto anni e si caratterizza nel panorama non solo nazionale come una delle regioni europea con il più alto tasso di residenzialità.

È in tale contesto socio-economico che si dovranno sperimentare nuovi modelli di assistenza che coinvolgano le “RSA come risorse anche del territorio” e non più come unico polo per la semplice residenzialità che rimane pur sempre necessaria ma in una fase della vita delle persone non autosufficienti che si è ormai spostata oltre gli ottanta anni .Gli anni di ricovero ormai sono molto pochi e il turn over nelle strutture è molto alto , parliamo di un massimo di tre anni di ricovero , e spesso anche molto meno.

L’idea è quindi quella di provare a costruire un sistema integrato , con l’obiettivo, da una parte di offrire servizi sempre più puntali e rispondenti ai nuovi bisogni avvertiti dalla popolazione , e dall’altra di proporsi come una novità nei sistemi sociosanitari regionali, in cui per esempio le badanti potrebbero operare direttamente in rapporto con le RSA e collaborare con le famiglie attraverso una condivisone dei servizi necessari, questo avrebbe il sicuro vantaggio di far emergere il lavoro oggi fatto in maniera irregolare e garantire un miglior processo di cura.

Infatti tali figure potrebbero per esempio essere integrate nel loro lavoro di cura , se necessario con figure professionali più preparate , quali infermiere o medici o fisoterapisti di cui le RSA già dispongono .

Il tutto dovrebbe essere definito in un Piano Individuale assistenziale(P.A.I.) definito da un’equipe multi-disiplinare a natura pubblica che operi una vera presa in carico e che garantisca la sorveglianza della qualità delle cure ricevute, nello specifico presso i CeAD o i punti unici del welfare previsti recentemente nelle delibere di Regione Lombardia.

Dobbiamo inoltre tener presente che l’analisi del contesto socio-economico evidenzia non solo l’innalzamento medio dell’età della popolazione italiana , ma anche una forte difficoltà , delle famiglie lombarde soprattutto da quelle a reddito basso che in caso di ricovero di una persona in RSA sono a rischio di povertà.

È nota, infatti, la costante diminuzione delle risorse disponibili da destinare ai settori dell’assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale che espone sempre più le famiglie a sostenere da sole i costi di rette sempre più alte..

 Certo in tale contesto la proposta di favorire la costruzione di un sistema integrato in cui realtà locali –RSA – famiglie possano collaborare per costruire un’assistenza domiciliare integrata finalmente utile; si caratterizza , soprattutto per le premesse fatte di forte invecchiamento della popolazione e di riduzione del valore delle pensioni ,anche come un tentativo per riorganizzare anche la spesa sanitaria che nell’attuale assetto si caratterizza sulla sola **dimensione ospedaliera dell’acuzie** e non si sta evolvendo rispetto al tema della cura delle cronicità e della non autosufficienza.

In tale contesto, ad esempio, nell’ambito della spesa per i servizi integrati, la conseguenza immediata è stato in Lombardia la riorganizzazione dei fondi per la parte residenziale con l’introduzione del sistema di *budget* per le RSA.

 Oggi, il diritto alla tutela della salute incontra sempre più un duplice limite: da un lato la scarsità di risorse del sistema, dall’altro la parziale rinuncia dello Stato/ regioni al proprio ruolo di gestore del sistema. Il problema è ormai conosciuto da tempo anche a livello europeo e se da un lato si è operato in quasi tutti i paesi con l’innalzamento dell’età pensionabile , si è cercato per tempo un diverso sistema di integrazione della spesa sulla non autosufficienza con l’attivazioni di misure dedicate spesso con fondi previdenziali ad hoc , in Italia questo rimane uno dei temi non risolti come non risolto è il problema di una monetizzazione del sistema italiano in assenza di una vera rete di servizi dedicati alla non autosufficienza.

Forse può apparire eccessivo sostenere anche che oggi lo Stato stia man mano riducendo la propria funzione di programmare quali siano i servizi necessari, e in che quantità, per garantirne la fruibilità da parte dei cittadini, certo è evidente che nell’attuale sistema di universalismo selettivo, anche laddove lo Stato e le sue articolazioni ritengano di identificare i bisogni espressi dal territorio e questo accade raramente , la **sostenibilità economica del sistema** fa sì che le risorse pubbliche non garantiscano sempre la certezza delle risposte ricevute.

Anche perché per anni si è perseguita la logica di spingere i cittadini a identificare il bisogno di salute come un bisogno più individuale che sociale,in modo tale che la ricerca della risposta al proprio bisogno sia quasi unicamente un problema personale, da qui la nascita per esempio di tutto il sistema assistenziale delle badanti.

Noi dovremo essere capaci di intervenire a difesa della lettura sociale del bisogno di cura e di salute , garantito con la presa in carico pubblica e governato soprattutto definendo nelle quantità la misura in cui i cittadini saranno chiamati a contribuire .

Infatti , lo dovranno fare solo nel rispetto delle proprie possibilità economiche e con sistemi(ISEE nazionale) che ne garantiscano l’equità, e che soprattutto la tutela della salute rimanga a totale carico della fiscalità generale.

D’altra parte, aspetto ulteriore e magari complementare alla presente progettualità, è necessario che il sistema istituzionale riconosca finalmente i mutamenti sociali, demografici ed economici della propria popolazione attui le politiche di welfare necessarie in tempo utile ,utilizzando se necessario la leva fiscale, che incoraggi la logica della ridistribuzione del reddito e il riconoscimento del valore collettivo degli interventi per creare le condizioni per poter mantenere un elevato livello di tutela sociosanitaria.

Nel contesto attuale è evidente, inoltre, come la difficile situazione economica generale abbia inciso nell’immediato sulle capacità di spesa degli utenti soprattutto per mantenere i propri cari nelle strutture residenziali.

Assistiamo sempre più spesso a pazienti tolti dalle RSA per problemi economici della famiglia, a volte la pensione di questi anziani è l’unica fora di reddito per la famiglia .

Registriamo anche che il problema dei costi delle rette delle RSA spinge le famiglie a ritardare sempre più il ricovero e gli strumenti per la gestione delle persone care a domicilio sono come abbiamo visto le badanti che operano staccate spesso da qualsiasi contesto istituzionale.

Per questo noi dovremmo provare a proporre soluzioni a questa situazione agendo come già detto sul lato economico di aiuto alle famiglie con forme di sostegno al reddito per esempio esentando gli ultra settantenni dal pagamento dei contributi ,questo permetterebbe l’emersione di questo tipo di lavoro, ma soprattutto porterebbe a emersione il processo di cura , che oggi come detto non viene monitorato e risulta spesso deficitario.

Il secondo intervento come proposto nel progetto è la costruzione di una rete integrata di servizi non ultimo quello reso in collaborazione con le RSA che potrebbero giocare un ruolo di regia nel sistema per esempio attivando una serie di offerte per il territorio soprattutto aprendosi a servizi d residenzialità leggera o di supporto per momenti di sollievo.

Compito delle RSA potrebbe essere anche quello di fornire un’adeguata formazione ai famigliari e badanti.

Così facendo aggiungeremmo valore economico a un sistema , quello delle RSA, sempre più in crisi di risorse si pensi che regione Lombardia destina complessivamente con gli accordi fatti con le OO.ss e lo SPI

 ben 150 milioni di euro ai progetti della domiciliarità , soprattutto nell’ottica dell’attivazione di servizi nuovi flessibili e integrabili nella rete della residenzialità, tali per cui la famiglia viene in un piano organico aiutata nella gestione delle fragilità.

E’ sicuramente un processo lungo complicato da tutti i fattori che sopra abbiamo elencato ma necessario e inevitabile se non vogliamo arrivare impreparati ad affrontare la sfida delle nuove cronicità che si raddoppieranno nel giro di pochi anni e che chiamano l’intero sistema di welfare italiano a utilizzare nuovi paradigmi di cura e a trovare nuove risorse economiche e professionali.

Non ultima rimane la necessità di rendere le stesse RSA come luoghi accoglienti in cui l’ospite si senta a casa e in cui vengano rispettati gli affetti e i tempi di vita di una persona anziana ,le RSA possono essere comunità di vita condivisa, risultato sicuramente difficile da ottenere, ma possibile se si ha la capacità di comprendere la certezza che spesso un sorriso fa meglio di 10 pillole.