

Il nuovo sistema di cura nelle Rsa

XVIII Simposio Arge Alp

Peschiera del Garda 5-6 giugno 2014

Intervento di Claudio Dossi – Segreteria Spi Lombardia

Bene questa iniziativa di Arge Alp, che ci impegna sul tema della non autosufficienza, ponendo la domanda: la sua cura è un diritto universale?

Non siamo in grado di dire con ragionevole sicurezza, se questo sia un dato acquisito a livello europeo, però possiamo dire che il tema posto, anche attraverso la raccolta delle firme da parte del sindacato, solleva un forte interrogativo proprio sul tema del diritto.

Come sappiamo grandi bisogni emergono nella società odierna e, tra questi, la cura degli anziani non autosufficienti è una delle sfide maggiori. La visita fatta in alcune strutture residenziali ci ha fatto capire come può essere composita la risposta al tema della non autosufficienza.

Come è stato più volte evidenziato, stiamo assistendo a un veloce processo di invecchiamento demografico della popolazione italiana senza pari nella storia. Dal 1992 al 2010 gli anziani con più di 80 anni sono aumentati del 75% mentre la risposta si sta costruendo in uno stato di economica non favorevole.

Stiamo vivendo uno dei periodi sicuramente più difficili della storia della nostra Repubblica, caratterizzato da una crisi economica che, da episodica, si è trasformata in strutturale e che, ormai da otto anni, sta mettendo alla prova la tenuta del nostro sistema di welfare e la base stessa della coesione sociale. Tutto ciò ci impone di proporre, per tempo, nuovi modelli di welfare che meglio sappiano rispondere alle esigenze di un paese in cui la povertà è sempre più diffusa.

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* evidenzia come, a partire dagli anni Novanta, sia avvenuto il superamento della percentuale degli anziani rispetto a quella dei giovani, ciò corrisponde all'inizio di una trasformazione della Piramide stessa che rivela la costante diminuzione della base (i giovani) e l'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 un lungo periodo a domicilio o residenziale.

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

Fino agli anni Ottanta in Lombardia le strutture residenziali per persone anziane con limitazioni dell'autosufficienza si dividevano in *strutture protette per non autosufficienti* e *case di riposo* per autosufficienti parziali, per i 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 (Rsa).

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 - e si caratterizza nel panorama non solo nazionale come una delle regioni europee 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 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 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 condivisione dei servizi necessari. Questo avrebbe il sicuro vantaggio di far emergere il lavoro oggi fatto in maniera irregolare, oltre a 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 fisioterapisti di cui le Rsa già dispongono.

Il tutto dovrebbe essere definito in un Piano individuale assistenziale (P.A.I.) definito da un'equipe multi-disciplinare, a natura pubblica, che operi una vera presa in carico e che garantisca la sorveglianza rispetto la 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 di 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.

A fronte del forte invecchiamento della popolazione e della riduzione del valore delle pensioni, 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 anche come un tentativo per riorganizzare la spesa sanitaria. Quella spesa sanitaria che nell'attuale assetto è centrata 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 stata, 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 di Stato e 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, dall'altro si è cercato per tempo un diverso sistema di integrazione della spesa sulla non autosufficienza con l'attivazione 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 che oggi lo Stato sta man mano riducendo la propria funzione nel 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 ritengono 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.

Questo 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, facendo sì che la tutela della salute rimanga a totale carico della fiscalità generale.

È necessario d'altra parte, aspetto ulteriore e magari complementare alla presente progettualità, che il sistema istituzionale riconosca finalmente i mutamenti sociali, demografici ed economici della propria popolazione e attui le politiche di welfare necessarie in tempo utile, utilizzando, se necessario, la leva fiscale. È altrettanto necessario che incoraggi la logica della redistribuzione del reddito e il riconoscimento del valore collettivo degli interventi al fine di 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.

Sempre più spesso vediamo come i pazienti vengano portati via dalle Rsa per problemi economici della famiglia, anche perché a volte la pensione di questi anziani è l'unica forma di reddito per la famiglia stessa.

Registriamo anche come il problema dei costi delle rette delle Rsa spinga le famiglie a ritardare sempre più il ricovero e come *strumenti* per la gestione delle persone care a domicilio siano le badanti, che spesso operano staccate da qualsiasi contesto istituzionale.

Dovremmo, dunque, 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. Ciò 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 e soprattutto aprendosi a servizi di residenzialità leggera o di supporto per momenti di sollievo.

Compito delle Rsa potrebbe essere anche quello di fornire un'adeguata formazione a famigliari e badanti.

Così facendo aggiungerebbero 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 organizzazioni sindacali 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.

Vi è poi la questione che riguarda le cosiddette **cure intermedie**, cioè la urgente e sempre più pressante necessità che nei diversi territori si realizzi un'efficace e diffusa implementazione di un numero adeguato di posti letto per le **cure post-acute e sub-acute**.

Non è, infatti, più sostenibile che, dopo un ricovero in ospedale ad alta intensità di cura, la cui durata si riduce sempre più con l'obiettivo di contenere gli elevati costi di degenza, l'anziano cronico, in molti casi non autosufficiente, venga rispedito a casa lasciando alla sua famiglia tutti gli oneri che ne conseguono: organizzativi, psicologici ed economici.

Altrettanto dicasi per quei momenti in cui l'anziano ha un momentaneo peggioramento della sua condizione, tale da non giustificare un ricovero in reparti ospedalieri ad alta intensità di cura, ma neppure tale da consentirgli la permanenza nel proprio domicilio.

A questo servono le cure intermedie e la sanità del futuro dovrà caratterizzarsi con una diffusa presenza e accessibilità di posti letto a bassa e media intensità di cura, pienamente inseriti nelle diverse comunità territoriali, garantiti dai LEA e che, come tali, **non possono e non devono prevedere alcuna forma di compartecipazione (retta o ticket) a carico del destinatario e della sua famiglia**.

È sicuramente un processo lungo, complicato da tutti i fattori che abbiamo elencato, ma necessario e inevitabile se non vogliamo arrivare impreparati ad affrontare la sfida delle nuove cronicità che, nel giro di pochi anni, raddoppieranno chiamando 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 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 che certamente, e spesso, un sorriso fa meglio di dieci pillole.

Queste sono alcune delle nostre riflessioni sulla non autosufficienza, certo il tema è maledettamente drammatico soprattutto nella sua dimensione e la sua tutela come diritto universale è un traguardo ancora da raggiungere. In Europa le soluzioni adottate sono le più svariate sia a livello istituzionale che privato, sia nella residenzialità, sia nella domiciliarità, ma una cosa ci accomuna in Europa: il modello verso cui ci si incammina è il sistema a rete dove le strutture residenziali di assistenza extraospedaliera si integrano con ospedale e territorio, garantendo la continuità assistenziale della cura, riducendo i ricoveri impropri nella fase post/acuta e potenziando i servizi territoriali. È un punto di partenza e il sindacato deve dotarsi di obiettivi che possano dare in Europa omogeneità ai diritti di chi vive questa condizione come un limite della propria libertà individuale, che va sempre garantita.